

XVI^E CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(LILLE, 4-8 AOÛT 1905)

Président : M. le P^r GRASSET (de Montpellier).Secrétaire général : M. le D^r CHOCREAUX (de Bailleul).

[La *Revue Neurologique* consacre chaque année un fascicule spécial au *Compte rendu analytique du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française*.

Cette publication ayant un caractère *exclusivement scientifique*, les résumés des travaux figurent seuls dans ce compte rendu.

Pour faciliter les recherches, il n'est pas tenu compte de l'ordre des séances. Les analyses sont groupées par ordre de matières :

1^o *Rapports*, avec les discussions et communications y afférentes;

2^o *Communications diverses*, réparties sous les rubriques : *Neurologie, Psychiatrie*.

La *Revue Neurologique* tient à adresser ses remerciements au Président, au Secrétaire général et au Secrétaire des séances du Congrès pour l'obligeance avec laquelle ils ont facilité sa tâche, ainsi qu'à tous les Membres du Congrès qui ont bien voulu lui faire parvenir des résumés de leurs travaux.]

Le seizième Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française s'est ouvert à LILLE, le mercredi 4^{er} août, dans la Salle des Fêtes du Conservatoire, sous la présidence de M. Charles DELESALLE, maire de Lille, assisté de MM. DROUINEAU, inspecteur général, LYON, recteur de l'Académie de Lille, COMBEMALE, doyen de la Faculté de médecine de Lille, et de M. le médecin inspecteur du 4^{er} corps d'armée.

M. Ch. DELESALLE, maire de Lille, souhaite la bienvenue aux Congressistes.

M. l'inspecteur général DROUINEAU, délégué du ministre de l'Intérieur, forme des vœux pour le succès du Congrès.

M. le professeur GRASSET, de Montpellier, président du Congrès, prend ensuite la parole.

Son *Discours d'ouverture* a pour thème : *l'Unité de la Neurobiologie humaine*, et pour épigraphe : « La psychiatrie et la neurologie ne forment qu'une seule science : la neurobiologie humaine ou physiopathologie du système nerveux. »

Nous reproduisons en entier ce remarquable discours dont la portée philosophique et la solide argumentation scientifique seront goûtées non seulement par les neurologistes et les psychiatres, mais par tout le monde savant (1) :

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Une œuvre, qui affirme sa vitalité par seize congrès successifs, et, dans chacun de ses congrès, par les importants rapports et travaux que vous connaissez, répond nécessairement à une idée juste et occupe certainement une place importante dans l'évolution contemporaine de la science médicale.

Pour être utile et fécond, un congrès doit assurément grouper les hommes qui s'occupent spécialement d'une branche donnée de la médecine. Mais il doit surtout ne pas exagérer cette spécialisation étroite, qui trop souvent aboutirait à un émiettement faux et dangereux.

La principale cause du succès constant et croissant de notre œuvre est certainement ce fait que, loin d'exagérer la spécialisation, notre Congrès a toujours compris qu'il devait grouper en un seul faisceau et faire utilement collaborer les *aliénistes* et les *neurologistes*, c'est-à-dire tous ceux qui aiment et étudient le système nerveux de l'homme.

Trop longtemps les médecins, raisonnant comme le public, ont séparé les maladies de l'esprit et les maladies du corps et parqué les aliénistes et les neurologistes dans des domaines isolés, séparés par une haute muraille, sans autre ouverture que quelques meurtrières, et par un large fossé, sur lequel aucun pont ne permettait le rapprochement et la collaboration de ces voisins méfiants, qui étaient presque tentés de se considérer comme des rivaux.

Aujourd'hui, tout cela est bien et heureusement changé. On a renversé les murailles et comblé les fossés et, avec une émulation féconde, tous travaillent ensemble, s'entraident et se complètent pour mener à bien la difficile œuvre commune.

Aujourd'hui, tout le monde sait que les aliénistes, comme les neurologistes, étudient les maladies du corps. Quelle que soit leur opinion personnelle sur l'âme des philosophes, ils ne poursuivent qu'un but et n'ont tous qu'un désir : approfondir le plus possible le fonctionnement normal et morbide du système nerveux, garantir le plus possible la société contre l'envahissement progressif par les systèmes nerveux anormaux, guérir ou tout au moins soulager le plus possible les malades du système nerveux.

Ce n'est pas trop de l'effort combiné de tous pour obtenir ces graves et difficiles résultats. Pinel et Charcot, rapprochés aujourd'hui sur le parvis de la Salpêtrière, sont comme le symbole de cette union féconde, que les aliénistes et les neurologistes réalisent magnifiquement à l'intérieur de ce même temple, glorieusement élevé à la science neurologique française.

Voilà l'idée mère de notre œuvre, qui donne à nos congrès une place à part, au milieu de tous les autres congrès, qui sont, pour la plupart, trop larges ou trop étroits. Notre Congrès exprime l'union de tous les travailleurs du système nerveux, basée sur l'unité même de ce système nerveux.

Il m'a paru utile d'affirmer et de développer cette pensée, qui est banale pour vous, mes chers collègues, mais qui ne l'est peut-être pas encore pour tous nos confrères, pour l'ensemble du monde scientifique et pour tous ceux, si nombreux, qui s'intéressent aux choses de la science et plus spécialement aux questions, si éminemment sociales, du système nerveux.

Et, comme votre Président est condamné par l'inevitable tradition à payer par un discours l'honneur que vous lui avez fait en le désignant, il m'a paru bon d'essayer de démontrer une fois de plus devant vous l'unité de la science du système nerveux de l'homme, étudié à l'état normal et pathologique, l'unité de la *neurobiologie humaine*.

On peut ranger sous trois chefs les preuves de cette unité. La science des aliénistes et la science des neurologistes ne forment qu'une seule et même science, puisque l'une et l'autre étudient le même objet, appliquent les mêmes méthodes, poursuivent le même but.

I. — D'abord, la *psychiatrie* et la *neurologie* ont le même objet.

Par définition étymologique, la psychiatrie semble devoir se réserver et monopoliser l'étude des phénomènes et des maladies *psychiques* et avoir ainsi un domaine bien séparé et absolument distinct de celui de la neurologie qui étudie les phénomènes nerveux non psychiques.

(1) Voy. *Revue scientifique* du 4 août 1906.

Il est facile de voir que c'est là une erreur, que les fonctions psychiques sont des fonctions nerveuses comme les autres, les motrices et les sensorielles, qu'il y a du psychisme dans beaucoup de phénomènes et de maladies étudiés par les neurologues, que beaucoup de psychiques ne sont pas fous et que, par conséquent, il n'y a pas de différence fondamentale entre l'objet de la psychiatrie et l'objet de la neurologie.

Pour éviter toute confusion sur le sens des mots, je rappelle d'abord que nous appelons psychique tout acte ou tout phénomène dans lesquels il y a de la *pensée*, de l'intelligence à un degré quelconque. C'est le sens traditionnel et classique du mot *psychique*. Ce n'est pas le sens qu'on donne à ce mot dans la Société de recherches *psychiques*. Pour nous, le psychique n'est ni l'occulte ni la *métapsychique* de Charles Richet. Mais il faut immédiatement ajouter que le psychique n'est pas nécessairement le *conscient*, c'est-à-dire qu'il ne faut pas dire avec Toulouse, Vachide et Piéron, « qu'un phénomène psychique est un phénomène physiologique avec, en plus, la conscience. »

Il y a certainement des phénomènes psychiques qui restent inconscients. Dès 1846, Gerdy disait : « Il faut s'habituer à comprendre qu'il peut y avoir sensation sans perception de la sensation » ; comme en 1859, Maine de Biran admettait « la sensation sans conscience, sans moi capable de l'apercevoir ».

Depuis les beaux travaux de Pierre Janet, il est démontré que les actes psychiques se divisent en supérieurs et en inférieurs, les premiers étant spontanés, volontaires et conscients, les seconds étant automatiques et inconscients. Et si, par ces caractères, ces divers phénomènes sont bien distincts les uns des autres, ils n'en resteront pas moins tous psychiques.

Dans le psychisme inférieur du rêveur, du distrait, de l'hypnotisé, du somnambule en crise ou du médium en transe, on trouve des sensations, de la mémoire, de l'imagination, des associations d'idées, des raisonnements, des décisions... au même titre, quoique à un degré moindre, que dans le psychisme supérieur.

Quoi qu'on en ait dit et quoique la chose ne soit pas encore absolument démontrée, je crois qu'on peut affirmer aussi qu'à ces fonctions différentes correspondent des régions différentes de neurones, qu'au psychisme supérieur correspondent plutôt les neurones du lobe préfrontal et au psychisme inférieur les neurones des autres centres d'association corticale.

En tout cas, ce qu'on peut affirmer, c'est que quelque part, dans le système nerveux, il y a certainement des neurones avec lesquels Archimède avait trouvé et clamait son problème, et des neurones avec lesquels en même temps il sortait de sa baignoire et marchait sans perdre l'équilibre ; il y a certainement des neurones avec lesquels le lecteur mercenaire ou l'acteur habitué lit son livre ou joue son rôle et d'autres neurones avec lesquels au même moment il pense à sa fiancée ou à l'équilibre de son budget.

Dès lors, on comprend que si les neurones psychiques sont si nombreux et si divers, leurs maladies soient multiples et variées, que les symptômes psychiques soient fréquents dans les maladies du système nerveux. Et cet élément psychique se retrouve ainsi chez bien des malades qui ne sont pas justiciables des asiles et des aliénistes.

Les travaux de notre collègue Régis sur le délire onirique ont bien montré les relations de certains délires avec le rêve morbide. Comment étudier scientifiquement l'un de ces symptômes psychiques sans connaître complètement les autres ?

Certes il y a des maladies qui troublent entièrement la raison et nécessitent un traitement dans des asiles spéciaux. Mais il y en a beaucoup d'autres qui menacent seulement ou troublent légèrement la raison, ne rendent plus le sujet justiciable des asiles et cependant méritent encore d'être appelées psychiques.

Le rôle de l'élément psychique dans l'hystérie est indiscutable aujourd'hui ; l'hystérie est à proprement parler une maladie psychique. Il en est de même du somnambulisme spontané ou provoqué, de la neurasthénie, de la chorée et de toutes les psychonévroses de Dubois. Et cependant tout cela ne ressort pas le plus souvent de la psychiatrie proprement dite.

D'autre part, ces hystériques, ces choréiques, ces psychonévrosés devront souvent, à un moment donné, passer des mains des neurologistes à celles des aliénistes, sans que leur maladie ait changé de nature ou se soit transformée en une autre.

Inversement la paralysie générale progressive appartient bien aux aliénistes qui l'ont si merveilleusement fouillée et décrite : et cependant, que de cas qui appartiennent longtemps aux neurologistes et doivent être traités hors des asiles d'aliénés proprement dits !

Également insuffisants et impuissants pour comprendre et traiter l'épilepsie seraient le neurologue non aliéniste et l'aliéniste non neurologue.

Les symptômes et les maladies, étudiés et traités en psychiatrie et en neurologie, sont donc bien les mêmes puisqu'ils s'imbriquent, se confondent, se superposent, passent d'un groupe à l'autre suivant les cas et même suivant les époques dans les mêmes cas.

Les troubles du langage fournissent un autre exemple bien démonstratif de cette même thèse. L'aphasique non compliqué n'est certainement pas un aliéné et par suite appartient plutôt à la neurologie qu'à la psychiatrie; et cependant quel rôle énorme l'élément psychique joue dans l'aphasie : la fonction du langage est une fonction éminemment psychique; on ne comprend pas le langage sans la pensée qu'il exprime; les troubles morbides de cette fonction devraient donc, aussi légitimement, ressortir de la psychiatrie que de la neurologie.

Et ainsi, en parcourant l'entière neuropathologie, on pourrait, successivement et avec tout autant de raison, tout placer en psychiatrie et puis tout placer en neurologie.

On ne peut pas même séparer absolument les termes extrêmes de la série et opposer radicalement les maladies du psychisme supérieur ou maladies mentales aux maladies de l'autre extrémité, de la moelle et des nerfs. Car, depuis Charcot et Korsakoff, on sait qu'il y a une psychose polynévritique et, depuis Joffroy, on décrit des myopsychies, comme on sait, depuis les travaux qui s'échelonnent de Horn, Westphal et Magnan à Klippel et à Rabaud, qu'il y a des symptômes et des lésions médullaires dans la paralysie générale.

En tous cas, en dehors de ces régions extrêmes et sans vouloir répandre le psychisme dans l'entier système nerveux, sans dire par exemple avec Renaut que partout le neurone est une cellule qui se souvient, il est évident que la fonction psychique est trop intimement mêlée aux autres fonctions nerveuses pour qu'on sépare et qu'on oppose la psychiatrie et la neurologie.

Certes, je ne nie pas qu'il y ait une différence entre ces deux sciences; mais c'est la différence qu'il y a entre deux chapitres d'un même livre, entre deux branches d'un même arbre, entre deux aspects et deux parties d'une même grande science, la neurobiologie humaine.

S'il y a des prêtres différents pour mieux assurer un ministère étendu, il faut se garder de croire qu'ils adressent, dans des temples rivaux, un culte distinct à des dieux ennemis.

Tous ces appareils, psychiques, moteurs, sensoriels... constituent, avec des importances diverses, des parties du même système nerveux. Ce système nerveux est un et l'étude de son fonctionnement et de ses détraquements forme l'objet commun et unique de la psychiatrie et de la neurologie.

II. — En deuxième lieu, la psychiatrie et la neurologie ont les mêmes méthodes.

Ceci paraît tout d'abord un paradoxe. Car, pour séparer les deux sciences et montrer combien elles sont différentes l'une de l'autre, on oppose habituellement leurs méthodes et l'on dit : les neurologistes pensent anatomiquement, tandis que les aliénistes pensent physiologiquement. Comment réunir des gens qui pensent si différemment et appliquent des méthodes si opposées ?

Au Congrès de 1900, Pierre Marie, « tout en souhaitant faciliter le plus largement possible l'union des neurologistes et des psychiatres », redoutait de voir introduire par les aliénistes chez les neurologistes de ces questions « qui, selon l'heureuse expression rappelée par M. Golgi, n'ont rien à voir avec le penser anatomique. »

Immédiatement, notre collègue Gilbert Ballet répondit qu'aux psychiatres « le penser anatomique n'est pas moins familier qu'aux neurologistes ».

Et en effet, ce n'est pas aux membres de ce Congrès qu'il faut apprendre tout ce que les aliénistes ont fait, au point de vue anatomique, pour la paralysie générale notamment, les méningites chroniques, les encéphalopathies chroniques de l'enfance, l'idiotie, etc. Dans les traités les plus récents de Pathologie mentale, il y a un gros chapitre consacré aux psychopathies organiques... Il est donc impossible de reprocher aux aliénistes de ne pas penser anatomiquement.

Si d'ailleurs ils ne pensent pas anatomiquement dans tous les cas, ce n'est pas leur faute; c'est la nature même des faits qui les oblige le plus souvent à penser physiologiquement. Et ceci, non seulement il ne faut pas le leur reprocher, mais il faut le leur emprunter. Car, et c'est là une idée qui m'est chère, sur laquelle je vous demande la permission de retenir un instant votre attention, je crois qu'aujourd'hui le *penser physiologique* s'impose comme méthode unique et générale à tous ceux qui veulent étudier la neurobiologie, aux neurologistes comme aux aliénistes.

Aujourd'hui, « il est suranné, comme dit Lépine, de penser anatomiquement »; en

clinique nerveuse, « il faut, à l'avenir, penser et agir physiologiquement » (Huchard) et étudier d'abord et surtout « la maladie de la fonction » (Albert Robin).

L'ère anatomique a été une période initiale nécessaire dans la création de la neurologie, comme au début de toutes les branches de la pathologie. Il fallait bien, avant tout, connaître les processus anatomiques (sclérose, ramollissement, inflammation aiguë ou chronique, hémorragie...) qui frappent le système nerveux comme ils frappent le poumon ou le foie. On a voulu alors classer et caractériser les maladies du système nerveux par leur lésion anatomique et on a décrit la sclérose médullaire, l'hémorragie cérébrale...

A cette même période, on a essayé de rattacher les symptômes nerveux à la lésion qui les produisait : l'aphasie était signe de ramollissement cérébral ; l'embarras de la parole et l'amnésie, signes de méningoencéphalite diffuse, la dissociation des sensibilités, signe de syringomyélie...

On sait, aujourd'hui, que c'est là une erreur. Tous les symptômes nerveux expriment uniquement et exclusivement, non une nature anatomique, mais un siège de lésion ; la dissociation des sensibilités veut dire cornes postérieures de la moelle, comme l'amyotrophie veut dire cornes antérieures ; on sait à quel siège de lésions correspondent les diverses aphasies, comme on sait qu'une lésion quelconque (cérébro-sclérose lacunaire ou autre) peut produire l'amnésie et la dysarthrie au même titre que la paralysie générale, pourvu qu'elle ait le même siège.

Les grands syndromes cliniques qui constituent ce que nous appelons maladies du système nerveux ne sont donc pas caractérisés par leur lésion, mais par la partie de ce système nerveux qui est atteinte.

L'unité anatomopathologique, qui échappe ainsi comme base de la neurologie, doit-elle du moins être remplacée par l'unité anatomique normale ? Pas davantage. L'unité clinique, en système nerveux, n'est pas l'unité géographique des anatomistes, mais l'unité fonctionnelle des physiologistes.

Je ne parlerai pas des syndromes déjà cités comme exemples. Mais la crampe des écrivains, les impotences professionnelles, l'astasie-abasie... apparaissent comme des symptômes paradoxaux et illogiques, si on ne les considère pas comme des troubles d'un appareil physiologique, et non d'un organe anatomique.

Il en est de même des tics, puisque le tic du porteur, par exemple, porte sur le sternoclédomastoïdien d'un côté et sur le trapèze de l'autre, c'est-à-dire sur une partie du spinal droit et une partie du spinal gauche, réunis uniquement par l'unité de leur fonction céphalogyre.

Dès lors, on comprend qu'on ne puisse arriver, en neuroclinique, qu'à des erreurs funestes, si on s'obstine à partir des unités anatomiques.

Ainsi, si on part de la conception anatomique de deux nerfs optiques présidant à la vision, l'un de l'œil droit, l'autre de l'œil gauche, on conclut que la lésion d'un hémisphère, quand elle atteint cette fonction, doit entraîner l'amblyopie unilatérale croisée ; ce qu'avec Charcot nous admettions il y a trente ans ; ce que nous savons n'être plus vrai aujourd'hui.

La lésion visuelle d'un hémisphère entraîne, non la perte ou la diminution de la vue dans l'œil opposé, mais l'hémianopsie bilatérale homonyme, c'est-à-dire la perte ou la diminution de la vue dans la moitié opposée du champ visuel des deux yeux.

De même pour les mouvements de rotation latérale des yeux.

Les anatomistes décrivent deux nerfs « oculomoteur externe » qui font tourner, chacun, un œil en dehors. Or, il nous est matériellement impossible de jamais faire fonctionner le droit externe seul d'un côté ou les deux droits externes à la fois. Il est impossible de tourner un œil en dehors sans tourner en même temps l'autre œil en dedans ; c'est-à-dire que le véritable appareil oculomoteur n'est ni la troisième ni la sixième paire, mais bien un nerf dextrogyre et un nerf lévogyre des deux yeux, dont le physiologiste impose l'existence à l'anatomiste et dont le clinicien décrit le trajet. Car les lésions des hémisphères ne produisent d'altération symptomatique que de cette gyration bilatérale : déviation conjuguée, hémiplegie oculaire de Brissaud et Pechin...

L'anatomiste ne peut voir que des unités géographiques ; il décrit naturellement ensemble tout ce qui est dans la même orbite, tout ce qui y entre et tout ce qui en sort et il fait ainsi ces unités artificielles et fausses de l'œil droit et de l'œil gauche.

En réalité, chaque hémisphère voit et regarde, avec les deux yeux, du côté opposé ; c'est-à-dire que le véritable œil droit est formé de la moitié droite des deux yeux, comme le véritable œil gauche est formé de la moitié gauche des deux yeux. On ne peut com-

prendre la neuroclinique qu'avec cette conception de l'œil cyclopéen, géographiquement divisé, qui est un produit direct du penser physiologique.

Si cet exemple est le plus frappant, il n'est pas le seul. Le radial, le sciatique, comme le crural et le médian, n'ont pas d'autre unité que celle du membre qu'ils innervent. Les centres corticaux ou fonctionnels ne correspondent à aucun de ces nerfs : ils président à des groupements tout autres : articulo-moteurs et segmentosensitifs. Physiologiquement, il est impossible à nos neurones corticaux de donner un ordre moteur à l'entier et exclusif domaine d'un nerf anatomique; nous ne pouvons que mouvoir une articulation dans un sens ou dans un autre.

Les muscles ne sont pas plus des unités que les nerfs pour les physiologistes et les cliniciens.

A la suite de notre grand Duchenne, R. du Bois Reymond a bien démontré que les muscles sont des unités anatomiques, mais non des unités mécanico-physiologiques. La physiologie disjoint des portions d'un même muscle ou réunit des muscles séparés par les anatomistes. Les anatomistes indiquent une action pour chaque muscle, alors que les diverses fibres d'un même muscle peuvent avoir des actions différentes, voire même antagonistes. Ainsi, le bord supérieur du trapèze soulève l'omoplate, tandis que le bord inférieur l'abaisse. De même, la division des fessiers pour le physiologiste est entièrement différente de celle qu'établit l'anatomiste pour les mêmes muscles.

C'est ainsi qu'à propos du génio-glosse, dont certaines fibres font sortir et d'autres font rentrer la langue, Brissaud dit à ses élèves : « Un muscle n'existe pas; c'est un assemblage de fibres, la fonction est nerveuse. »

Oui. Le muscle n'existe pas, à part; il constitue uniquement la partie terminale de l'appareil neuro-musculaire de la motilité. Et l'unité de cet appareil neuromusculaire n'est pas dans la topographie périphérique du nerf, ni même dans ce neurone de relais que les anatomistes appellent son origine réelle, elle est dans son centre fonctionnel, c'est-à-dire dans son centre cortical.

Si l'ancienne unité anatomique des nerfs et des muscles disparaît ainsi complètement dans les conceptions du clinicien actuel, il en est de même des anciennes grandes divisions du système nerveux : moelle, bulbe, cervelet, protubérance, cerveau... Il y a plus de rapport entre la zone périrolandique de l'écorce et le faisceau pyramidal de la moelle qu'entre les cordons antérieurs et les cordons postérieurs de la moelle. Il vaut beaucoup mieux étudier séparément les cornes antérieures et les cornes postérieures de la substance grise médullaire et rapprocher au contraire l'étude des cordons postérieurs et du cervelet...

Dans le cerveau lui-même, les anatomistes distinguent des lobes que les scissures séparent. Or, en réalité, les scissures sont des centres de régions qu'elles unissent : ce sont des ponts et non des fossés. Le clinicien doit rapprocher l'une de l'autre les deux lèvres du sillon de Rolando ou les deux lèvres de la scissure calcarine.

Nous nous exposerions donc aux pires erreurs si nous adoptions et suivions les divisions anatomiques du système nerveux. Il faut, au contraire, proclamer, avec Claude Bernard, qu'« il n'existe qu'une science en médecine, et cette science est la physiologie, appliquée à l'état sain comme à l'état morbide », la science de l'être vivant qui doit partout remplacer la science du cadavre.

A l'ancienne notion de l'organe défini par sa situation topographique et son unité géographique grossière, il faut substituer la notion physiologique de l'appareil nerveux fonctionnel défini par son centre cortical.

Il ne faut donc plus étudier, dans des chapitres séparés et successifs, les fonctions et les maladies du cerveau, les fonctions et les maladies de la protubérance, du cervelet ou de la moelle. Ces organes n'existent pas comme unités distinctes, ni pour le physiologiste ni pour le clinicien.

Les fonctions normales et pathologiques de la moelle seront étudiées : partie dans l'appareil sensitivomoteur, partie dans l'appareil de l'orientation et de l'équilibre... et par suite rapprochées, dans chacun de ces chapitres, de l'écorce cérébrale, du cervelet... avec beaucoup plus de raison que des autres parties de la moelle.

Partant de ce principe que c'est la fonction qui fait et définit l'organe, que l'unité d'un appareil nerveux est donc faite par sa fonction et par son centre, on doit diviser le système nerveux en : appareil du psychisme, appareil sensitivomoteur, appareil de l'orientation et de l'équilibre, appareil du langage, appareil de la vision, de l'ouïe, du goût et de l'odorat, appareil de la circulation et de la nutrition; chacun de ces appareils étant formé d'éléments qui peuvent être disséminés à travers les anciennes divisions anatomiques du système nerveux (cerveau, moelle, nerfs...).

Tous ces appareils doivent être étudiés de la même manière. Pour chacun d'eux, il faut analyser le fonctionnement normal chez l'homme sain, analyser le fonctionnement anormal chez l'homme malade, voir à l'autopsie le siège de la lésion qui a entraîné le trouble de fonctionnement noté; et, de cette comparaison anatomique, déduire le rôle de cette partie du système nerveux dans la vie générale de l'individu.

Cette méthode qui est la seule, la vraie, la féconde, qui est tout entière basée sur le penser physiologique, s'impose également à tous ceux qui étudient le système nerveux, quel que soit l'appareil particulier sur lequel ils concentreront davantage leurs efforts. C'est la méthode de ceux qui travaillent l'appareil nerveux du psychisme, comme de ceux qui travaillent l'appareil nerveux de la vision ou de la motricité.

C'est la méthode commune des aliénistes et des neurologistes.

La psychiatrie et la neurologie sont donc rapprochées par l'unité de méthode, comme elles sont rapprochées par l'unité d'objet.

III. — En troisième et dernier lieu, elles sont aussi rapprochées par l'unité de but.

Quel que soit leur appareil de prédilection, tous les travailleurs du système nerveux poursuivent un triple but : 1° guérir ou au moins soulager les malades du système nerveux; 2° préserver le mieux possible la société contre l'invasion et les maux de ces malades; 3° édifier la science du fonctionnement du système nerveux à l'état normal et pathologique.

1° D'abord, aliénistes et neurologistes, nous sommes tous unis dans le même désir de soulager cette grosse partie de l'humanité qui souffre par ses nerfs, et aussi trop souvent dans la douloureuse constatation de la même impuissance pour les guérir aussi vite et aussi complètement que nous le voudrions.

En tout cas, les procédés auxquels nous avons recours pour atteindre ce but sont les mêmes. Nous nous adressons aux mêmes agents naturels : eau (à des températures et avec des modes d'applications variés), eaux minérales, électricité (sous ses diverses incarnations, anciennes et récentes), mécanothérapie (massage, gymnastique). Nous nous adressons aux mêmes médicaments : stimulants, toniques et noosthéniques ou dépresseurs, anesthésiques, analgésiques et hypnotiques... Nous nous adressons aux mêmes médications anticausales (étiologiques et nosologiques), soit encore contre la lésion (contre fluxion, ponction lombaire, opothérapie...), soit contre la maladie (antisiphilitique, antiarthritique, sérothérapie...). Même les procédés psychothérapiques, qui jouent actuellement un si grand rôle dans la thérapeutique du système nerveux, sont appliqués par les neurologistes autant et peut-être plus que par les aliénistes, les psychonévroses étant plus accessibles à ces moyens et étant plus faciles à modifier de cette manière que les psychoses proprement dites.

Les uns et les autres, nous essayons d'utiliser, suivant les cas, soit la suggestion sur un psychisme inférieur désagrégé par l'hypnose, soit la persuasion, la rééducation, le changement de milieu, l'isolement... sur l'entière personnalité psychique.

Voilà donc un premier but commun à la psychiatrie et à la neurologie : le désir de soulager les nerveux avec les mêmes moyens, qu'ils appartiennent à un groupe ou à l'autre.

2° Nous sommes encore également unis par un deuxième but : le désir de préserver la société.

Cette œuvre de préservation sociale se présente à nous sous un double aspect : il faut d'abord tâcher de préserver la société contre l'invasion croissante des maladies nerveuses qui l'affaiblissent et l'émasculent; il faut ensuite la garantir contre le mal que peuvent lui faire les nerveux, soit en exécutant à contre-sens des actes légaux et réguliers, soit en commettant des délits ou des crimes.

a) La première question est celle de la prophylaxie des maladies nerveuses : ce gros et capital chapitre est absolument commun à la psychiatrie et à la neurologie.

Ce sont les mêmes ennemis que nous avons à combattre dans les deux domaines : en tête et surtout l'hérédité. Qu'elle soit directe (immédiate), atavique, ancestrale (collatérale), bilatérale convergente dans la consanguinité, similaire ou non similaire, nerveuse ou dissemblable (alcoolisme, syphilis, tuberculose... des parents), elle est le grand facteur des maladies nerveuses contre lequel aliénistes et neurologistes doivent réunir et superposer leurs efforts. Ensemble aussi, ils doivent lutter contre le milieu familial et social, la contagion nerveuse, et contre les facteurs personnels du nervosisme : l'éducation, le surmenage, la vie génitale, la vie morale, la vie professionnelle, les maladies toxi-infectieuses intercurrentes...

Si les ennemis à combattre sont les mêmes en psychiatrie et en neurologie, les mêmes

aussi sont les moyens à employer pour les combattre. Avec le même soin et de la même manière, dans les familles prédisposées, aliénistes et neurologistes doivent ou devraient : surveiller les mariages, surveiller et diriger la formation physique et intellectuelle de l'enfant, notamment aux grandes étapes de sa vie, sevrage, dentition, puberté,... intervenir dans l'éducation sociale et la formation du citoyen (choix du milieu, de la carrière, service militaire, entrée dans la vie politique ou religieuse...).

Dans la surveillance de ces familles prédisposées, le rôle du neurologiste et le rôle de l'aliéniste sont tellement rapprochés, imbriqués et semblables qu'il est en quelque sorte impossible de les distinguer.

b) L'unité d'action est tout aussi nécessaire entre aliénistes et neurologistes, quand il s'agit de garantir la société contre les méfaits que peuvent commettre les nerveux.

Qu'il s'agisse de faire prononcer l'interdiction d'un nerveux qui peut nuire à lui-même et à sa famille, comme à la société, par l'exercice déséquilibré et inconsidéré de ses droits légaux de citoyen libre ; ou qu'il s'agisse de préserver la société contre les nerveux criminels, la collaboration est indispensable entre psychiatres et neurologues.

Je ne veux pas insister sur cette grosse question des expertises médico-légales que votre président de 1905 a traitée avec tant de compétence dans son magistral discours du congrès de Rennes.

D'ailleurs vous savez tous, aussi bien que moi, avec quelle fréquence ces questions si graves de responsabilité, d'irresponsabilité, de responsabilité atténuée sont posées aux neurologistes aussi bien qu'aux aliénistes ; et les magistrats sont tellement convaincus eux-mêmes de la nécessité de cette collaboration que, le plus souvent, quand ils désignent des experts pour ces questions, ils associent, pour l'œuvre commune, les représentants de la psychiatrie et ceux de la neurologie.

3° Si le traitement des nerveux et la préservation de la société constituent les deux buts les plus pratiques que poursuivent les travailleurs du système nerveux, il en est un autre, d'allure plus haute, d'apparence plus théorique, mais d'importance encore plus grande, que les aliénistes et les neurologistes poursuivent avec la même unité ; c'est l'édification de la science du système nerveux.

Car c'est une chose qu'il faut bien proclamer, la médecine n'a pas pour unique mission de soigner les malades. Les médecins sont avant tout les ouvriers de la Biologie humaine.

Nous sommes très heureux quand une application thérapeutique vient couronner une découverte et en faire bénéficier l'humanité souffrante. L'œuvre de Pasteur eût été moins grande et moins populaire, s'il n'avait pas trouvé le remède de la rage ; mais son œuvre n'en aurait pas moins marqué, comme celle de Claude Bernard et de Laënnec, un glorieux jalon dans la marche en avant de la vérité scientifique. Il faudrait bien se garder de proclamer l'inanité, l'inutilité et la banqueroute d'une science qui manquerait encore de son couronnement de thérapeutique appliquée.

Si nous étudions l'homme malade, c'est pour arriver à mieux connaître l'homme sain. La neuroclinique a pour but essentiel de préciser l'histoire du fonctionnement, à l'état normal et pathologique, du système nerveux de l'homme.

Est-il besoin de rappeler ici tout ce que l'étude ainsi comprise de l'homme malade a appris aux physiologistes sur le fonctionnement normal du langage, des centres corticaux et médullaires, de la vision, de la nutrition, de l'orientation et de l'équilibre...

Un des grands buts de la neuroclinique est donc l'édification de la neurobiologie humaine. Or, c'est bien là encore un objectif commun à la psychiatrie et à la neurologie.

Et la collaboration de tous est indispensable, non seulement quand il s'agit des fonctions sensitivomotrices, sensorielles... mais aussi quand il s'agit des fonctions psychiques elles-mêmes.

Les philosophes l'ont bien compris. Convaincus de l'importance qu'a pour eux la connaissance vraiment scientifique de la physiopathologie du système nerveux, ils vont beaucoup s'instruire dans les asiles, auprès des aliénistes. Mais ils ne négligent pas non plus les services de neurologie. Ils savent trouver de précieux documents dans l'analyse et l'étude patiente des névrosés psychiques et non mentaux, des dégénérés, des psychasthéniques, des hystériques, de cette légion de demi-fous, qui n'ont pas accès dans les asiles, mais qui encombrant les rues et les romans... C'est là qu'ils surprennent le mécanisme de la mimique et des émotions, de la mémoire et de l'association des images ou des idées... ; de même que réciproquement neurologistes et aliénistes empruntent, les uns et les autres, aux psychologues, des méthodes d'observation et de raisonnement, qui leur sont également utiles...

Je n'insiste pas et je conclus ; la psychiatrie et la neurologie ne font qu'une seule

et même science, puisqu'elles ont le même objet, la même méthode et le même but.

Il y a d'ailleurs une dernière raison qui suffirait, à elle seule, à prouver l'unité de la neurobiologie : c'est l'unité de l'élément constitutif du système nerveux et la solidarité des diverses parties qui composent cet élément.

La notion du *neurone* a été brillamment combattue, notamment dans certains de vos congrès. On ne peut la conserver qu'à condition de la modifier. Le neurone n'est plus une unité anatomique et ne représente pas le dernier élément de l'analyse histologique. Il est devenu anatomiquement complexe et polycellulaire. Mais, sous son vieux nom ou sous celui de neurule (Durante), il reste (ce qui est l'essentiel pour nous) l'unité *physiologique et clinique*, l'élément individuel vivant du système nerveux.

Or, on sait combien sont solidaires entre eux les divers éléments dont se compose le neurone : la section d'un prolongement retentit non seulement sur le bout périphérique séparé, mais aussi sur le bout central et, à distance, sur le corps cellulaire lui-même.

Également unis et solidaires entre eux sont les étages successifs de neurones. L'acte réflexe isolé est un artifice d'analyse, très rarement réalisé en fait, tous les neurones s'influençant mutuellement entre eux, au même étage et d'un étage à l'autre.

Même complexité et même connexité dans les grands appareils. La fonction centrifuge et la fonction centripète sont partout intimement liées et solidaires l'une de l'autre. La fonction motrice est impossible sans la fonction sensitive et à tous les appareils sensoriels est nécessairement attaché un appareil moteur de protection, d'adaptation et d'accommodation.

De la même manière et au même titre, la fonction psychique se retrouve, intimement mêlée et imbriquée dans toutes les autres fonctions nerveuses. Entre le psychisme et les mouvements il y a de tels rapports réciproques que si, le plus souvent, le phénomène psychique précède et provoque le mouvement, d'autres fois le mouvement précède et provoque l'acte psychique et qu'ainsi, si beaucoup pleurent parce qu'ils sont tristes, certains sont tristes parce qu'ils pleurent.

De plus, non seulement les neurones corticaux ou psychiques jouent un rôle capital dans la motilité, la sensibilité, le langage... mais ils ont même une action indéniable sur les fonctions le plus complètement soustraites à la volonté dans la vie normale, comme la circulation, les sécrétions et la nutrition.

La psychiatrie et la neurologie ont donc trop de points de contact et de pénétration mutuelle pour pouvoir être séparées et former deux sciences ; elles n'en forment réellement qu'une : la *physiopathologie du système nerveux de l'homme ou neurobiologie humaine*.

Aliénistes et neurologistes, nous sommes donc et devons tous rester amis dans une étroite et constante collaboration, unis par la notion des services mutuels que nous pouvons nous rendre, par ce perpétuel travail en commun, unis surtout par notre commun amour pour le système nerveux, dont l'hégémonie est de plus en plus proclamée dans cette confédération qu'est l'être vivant, pour le système nerveux, qui est l'organe maître dans notre corps, dont la large évolution ou le profond détraquement se retrouvent derrière les vastes productions du génie comme derrière les crimes absurdes des dégénérés, le système nerveux dont la connaissance intéresse non seulement tous les médecins, mais les biologistes, les philosophes, les sociologues, les magistrats et la société tout entière.

Aujourd'hui, dans cette enceinte, tous les aliénistes et neurologistes, nous sommes encore plus particulièrement unis pour remercier bien cordialement tous ceux dont le concours actif, le bienveillant accueil, le travail personnel ou le haut patronage ont rendu possible et rendront certainement fécond ce XVI^e congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.

A tous, cordialement, je dis : merci ! Et à vous, mes bien chers collègues, je dis maintenant : au travail ! La seizième session du congrès de neurobiologie humaine est ouverte.

A la séance du mercredi soir, 4^e août, M. GIRAUD (de Saint-Yon), président du XV^e Congrès, tenu à Rennes en 1905, prononce une allocution aimable, et transmet la présidence à M. le professeur GRASSET.

M. CHOCREAUX, secrétaire général du Congrès de Lille communique le rapport de M. SIZARET, secrétaire général du précédent congrès.

M. Grasset met aux voix l'élection des présidents d'honneur, vice-présidents et secrétaires du Congrès.

Sont nommés : *Présidents d'honneur* :

M. DROUINEAU, inspecteur général, représentant M. le Ministre de l'intérieur ; M. LE PRÉFET du Nord ; M. LE MAIRE de Lille ; M. LE DOYEN de la Faculté de Lille ; M. RÉGIS, ancien Président du congrès de Grenoble ; M. LEMOINE (de Lille) ; M. CROCO (de Bruxelles) ; M. GILBERT BALLE, Président de la Société de Neurologie de Paris ; M. BRIAND, Président de la Société Médico-psychologique.

Vice-présidents :

MM. ANTHEAUME (de Paris) ; CHARDON (de Lille) ; SICARD (de Paris).

Secrétaires des séances :

MM. HENRY MEIGE, BARUK, POCHON et RENÉ CHARPENTIER.

I^{er} RAPPORT

Étude cytologique, bactériologique et expérimentale du Sang chez les Aliénés

PAR

M. Maurice Dide (de Rennes)

RÉSUMÉ

LE POIDS SPÉCIFIQUE DU SANG. — Il est légèrement augmenté dans les états démentiels. Dans l'épilepsie, on note un abaissement du poids spécifique qui précède immédiatement la crise ; la densité revient très vite à la normale.

L'alcalescence du sang s'abaisse dans les états infectieux (confusion, démence précoce, pellagre) et dans l'épilepsie au moment de l'attaque.

Les variations des éléments minéraux ont été peu étudiées ; on sait seulement que dans l'épilepsie, pendant les intervalles, l'urée est légèrement augmentée et pendant l'accès très notablement. D'autre part, les sels de potasse qui, dans l'intervalle des crises, se dosent dans des proportions normales, sont manifestement augmentés pendant les accès.

LES ÉLÉMENTS FIGURÉS DU SANG. — 1° L'hypoglobulie avec abaissement de la valeur globulaire a en psychiatrie la signification commune : elle est généralement symptomatique d'une intoxication ou d'une infection.

2° L'hyperglobulie est la traduction d'un état de concentration moléculaire du sang et il n'est pas surprenant de la rencontrer dans les états d'agitation où les excréments sont augmentés.

3° Il est intéressant de voir l'abaissement de la résistance globulaire coïncider souvent avec la diminution de l'alcalescence du sang.

4° La polynucléose avec hyperleucocytose s'observe au début des psychoses toxi-infectieuses et dans les états d'agitation.

5° La mononucléose avec augmentation des grands mono, et légère hypoleucocytose est un fait d'autant plus important à retenir qu'il est plus rarement constaté en pathologie; elle paraît être la trace d'un fléchissement définitif de l'organisme à l'égard d'une toxi-infection longtemps subie.

6° L'éosinophilie a, en psychiatrie, sa signification générale; elle est l'indice de phénomènes critiques.

7° Les altérations cycliques des globules rouges et des globules blancs dans l'épilepsie sont la traduction de l'auto-intoxication cyclique de cette affection.

ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE. — Dans les maladies mentales toxi-infectieuses (aiguës, subaiguës ou chroniques), l'hémoculture est souvent positive sans qu'aucun des germes trouvés puisse être considéré comme spécifique.

Les germes retirés du sang en dehors des périodes hyperthermiques peuvent être considérés comme saprophytes en ce sens qu'ils ne sont pas naturellement nocifs pour les animaux, et qu'ils ne se manifestent par aucun symptôme clinique permettant d'affirmer leur existence, ce qui n'implique pas d'ailleurs que leur présence soit négligeable, car le passage de bactéries dans le sang est un fait anormal qui, non seulement, ne s'observe pas chez les sujets normaux, mais également dans les psychoses d'involution.

Ces germes acquièrent une grande importance par ce fait qu'ils peuvent voir leur virulence s'exagérer et devenir des facteurs importants dans la production de phénomènes pathologiques.

Des germes habituellement pathogènes peuvent circuler dans le sang des aliénés à l'état de saprophytes. C'est un fait nouveau dont la portée n'échappera pas, je pense, puisque l'on peut affirmer que des bactéries ayant des caractères morphologiques et de culture identiques peuvent être trouvés dans le sang des aliénés soit à l'état de saprophytes, soit à l'état d'agents pathogènes, en sorte qu'on arrive à concevoir que ce qui fait la spécificité pathologique d'une bactérie est un caractère d'emprunt qui peut être conservé et abandonné par cet organisme monocellulaire sans altérer ses caractères biologiques généraux.

Par ailleurs, les recherches de CHARRIN et GUIGNARD (pour le bacille du pus bleu) et de ROUX et CHAMBERLAND (pour la bactérie charbonneuse) avaient déjà démontré qu'on peut provoquer le polymorphisme par les modifications des milieux de culture chez des germes déterminés. Ce fait se trouve confirmé par ces recherches sur les bacilles du sang des aliénés.

Enfin, certains caractères histo-chimiques, considérés hier encore comme fondamentaux, peuvent être conférés ou enlevés aux bactéries au gré de l'expérimentation. Ni les réactions histo-chimiques, ni l'aspect morphologique, ni les réactions bio-pathologiques ne sont spécifiques chez les bactéries.

ÉTUDE SÉROLOGIQUE. — On est amené à désirer une simplification dans la nomenclature des substances à allures diastatiques dont le nombre se multiplie d'une façon inquiétante. Sans vouloir pousser la signification trop loin, on peut admettre l'unité de l'alexine, agent dissolvant de toutes les cellules à éliminer. Plus on ira et plus deviendront fréquentes les analogies entre les alexines et les toxines albuminoïdes (venins, toxines bactériennes). La destruction de cellules (histologiques ou parasitaires) provoque dans l'organisme où se produit le phénomène deux réactions d'intensité différente: l'une, très forte, aboutit à la production d'une substance, agissant d'une façon particulièrement intense sur

la catégorie de cellules détruites (sensibilisatrice spécifique), tandis que l'autre produit une substance agissant d'une façon diffuse sur un grand nombre de variétés de cellules (sensibilisatrice diffuse). Cette façon de concevoir est indispensable pour expliquer le début du phénomène quand une première fois on cherche à provoquer la production d'une sensibilisatrice spécifique; l'existence d'une sensibilisatrice diffuse est théoriquement inéluctable, à moins d'admettre une sensibilisatrice spécifique pré-formée dans la cellule infectée. Cette façon de voir prend une importance doctrinale, car la spécificité des réactions diastiques perd de son absolutisme et ne doit plus être considérée que comme une adaptation, une spécialisation d'une aptitude latente qui comprend probablement non seulement la fonction sensibilisatrice, mais encore la fonction antitoxique.

Cette conception simple me séduit parce qu'elle limite autant que possible le droit de cité d'agents dont l'individualisation n'est parfois que logique et rationnelle, sans comporter même la possibilité d'une démonstration expérimentale, mais elle attire plus encore parce qu'elle montre qu'une même fonction, orientée par des facteurs différents, produit des effets très dissemblables, ce qui cadre bien avec l'existence diffuse de cette fonction de défense qui, de toutes les fonctions organiques, est la moins localisée. Or, le degré de spécificité d'une fonction semble être en raison directe de la spécialisation de l'organe qui y préside; c'est assez dire combien est contingente la notion de spécificité fonctionnelle de ferments circulant dans le sang.

La fonction de défense est troublée chez les aliénés par ordre d'intensité dans les psychoses confusionnelles aiguës ou subaiguës, la démence précoce, la paralysie générale, mais ce trouble, dont l'importance pathologique est considérable, ne semble pas définitif dans la majorité des cas, et cette fonction qui semblait s'être endormie peut se réveiller sous l'influence d'infections très graves et prolongées.

CONCLUSIONS PSYCHIATRIQUES. — Chaque nouvelle méthode scientifique appliquée rigoureusement à une branche de connaissances humaines doit permettre non seulement la découverte de faits nouveaux, mais encore engendrer une conception d'ensemble plus synthétique. C'est le cas de l'hématologie (dans son acception la plus large) qui entraînera dans l'avenir un remaniement profond de la psychiatrie.

L'étude de l'hérédité y gagnera quand les altérations du germe seront plus complètement connues au point de vue expérimental; or, dès maintenant, les méthodes existent; il suffit de multiplier et de coordonner les résultats.

Les maladies du fœtus étudiées suivant les méthodes indiquées fourniront d'importants documents au point de vue de l'héritage que l'individu apporte en naissant quant à ses aptitudes pathologiques, ses agénésies ou dysgénésies organiques.

La lecture des documents contenus dans ce rapport est de nature à simplifier beaucoup la nosologie mentale: d'abord, les constatations de laboratoire ont confirmé ce qu'avait fait prévoir la clinique; le délire des infections et des intoxications aiguës est un et doit désormais ne comporter qu'une description: il est la traduction d'une atteinte directe de la cellule pensante par des toxiques charriés par le sang, et la modalité de la réaction dépend des aptitudes de la cellule beaucoup plus que de la variété du toxique.

Les psychoses toxi-infectieuses subaiguës sont la traduction d'une atteinte

plus ou moins diffuse des cellules nobles du cortex par des toxiques complexes où l'agent morbifique exogène n'est plus directement en cause, mais a amené une dystrophie de la fonction anti-toxique. Rien n'est plus spécifique dans la cause et la complexité de la pathogénie suffit à expliquer les symptômes différents. Nous sommes en présence de ce qu'on peut appeler les manifestations *métatoxi-infectieuses*.

Dans les états mentaux chroniques de ce groupe, la même pathogénie intervient, mais ici entrent en jeu les altérations des tissus de soutien qui viennent compliquer le tableau et il n'y a qu'avantage à généraliser l'expression de FOURNIER et à parler ici d'accidents *para-toxi-infectieux* avec la réserve de non-spécificité de leur origine : nous voyons ainsi la *démence précoce* se placer à côté de la *paralysie générale*, ces deux entités morbides se caractérisant par des délires variables conditionnés par la méta-toxi-infection et par des troubles physiques progressifs régis par altérations para-toxi-infectieuses du tissu de soutien des centres nerveux.

La démence précoce n'englobe pas tous les délires hallucinatoires chroniques et il y a là encore beaucoup à faire; comme pour la paralysie générale, c'est beaucoup plus les signes physiques que le délire qui donne à cette affection sa valeur d'entité clinique : nous avons vu que c'est aussi une entité au point de vue pathogénique et anatomo-pathologique.

Nos connaissances sur la physiologie pathologique de l'épilepsie se sont également précisées et la preuve d'une toxémie cyclique nous est fournie par l'hématologie; cela cadre parfaitement même avec ce que nous savons des phénomènes épileptiformes symptomatiques de la paralysie générale ou de la démence précoce, par exemple.

Pour les psychoses d'involution, leur substratum anatomique s'édifie lentement et nous arrivons à concevoir que ce sont des états mentaux dépendant non seulement de la sénilité du cerveau, mais encore d'altérations hépatiques et surtout thyroïdiennes et agissant sur le cerveau par l'intermédiaire de la circulation.

Les psychoses à base d'interprétation délirante échappent à l'hématologiste, leur substratum étant purement psychologique.

Le point capital à bien mettre en lumière est que les modificateurs puissants de la fonction de défense (les infections graves sont de ceux-là) amènent la disparition des phénomènes délirants hallucinatoires et peuvent même provoquer des guérisons durables de psychopathies réputées incurables. Le fait étant connu, je crois l'avoir expliqué et si jamais une thérapeutique rationnelle de la folie est créée, ce sera en partant de ces faits.

DISCUSSION DU RAPPORT SUR L'ÉTUDE DU SANG CHEZ LES ALIÉNÉS.

M. SABRAZÈS (de Bordeaux). — Je désirerais communiquer, au nom de M. E. Régis, en mon nom et en celui de M. Laurès, à l'occasion du rapport de M. Dide, les résultats d'examen du sang de malades atteints de diverses formes de vésanie (confusion mentale chronique post-paludéenne; démence précoce chez un dégénéré, démence précoce catatonique, démence précoce post-puerpérale, méningite chronique avec catatonie, dégénérescence hystérique, stupeur mélancolique, confusion mentale hallucinatoire (psychose de lactation)).

Avec MM. Régis et Laurès, je tiens à indiquer la discordance des résultats; ainsi dans la démence précoce on note tantôt l'hyperglobulie, tantôt l'anémie légère, la présence ou l'absence de leucocytose, des formules leucocytaires variables, des retards et des accélérations dans la coagulation du sang. On est frappé aussi par l'intégrité de la composition morphologique du sang par rapport à l'énormité de la tare nerveuse (méningite chronique

avec catatonie), ou par rapport à l'intensité des troubles fonctionnels (dégénérescence hystériforme).

J'avais déjà signalé, avec M. Mathis, la période de satisfaction de la paralysie générale, l'euphorie du sang.

Ces examens du sang ne doivent être interprétés qu'avec prudence, en tenant compte de toutes les particularités de l'observation clinique. Sans doute les causes morbides toxi-infectieuses, par exemple, qui peuvent être à l'origine de la véranie exercent leur action et sur les centres nerveux et sur la crase sanguine; aussi le début de telles véranies doit-il s'accompagner de modifications du sang imputables à ces causes et variables avec elles (fièvre typhoïde, paludisme, tuberculose, syphilis, alcoolisme, infection puerpérale, etc.); mais ces causes cessant d'agir, l'équilibre sanguin se rétablit vite, tandis que les tares nerveuses peuvent survivre à ces causes et se représenter de neurone à neurone sans troubler davantage les organes hématopoiétiques et le sang. Aussi à la période d'état des véranies pourra-t-on trouver le sang normal morphologiquement (paralysie générale par exemple), à moins qu'il n'existe d'autres tares des autres organes susceptibles d'influencer puissamment, pour leur propre compte, l'état du sang.

Que de facteurs chez l'aliéné peuvent troubler momentanément l'équilibre hémoleucocytaire! Citons l'influence des agents de cure, des conditions de vie, des troubles vasomoteurs.

Quand les variations obtenues sont minimes, la technique, l'équation personnelle entre en jeu.

Il faudrait tendre à une certaine unification des méthodes.

Je recommande de prélever le sang au lobule de l'oreille et non au doigt, de recourir comme colorants, après passage à l'alcool méthylique pur éosiné, aux teintures de Jenner, de Leishman, de May et Grünwald dont les résultats très brillants sont les mêmes. Je pense, à l'encontre de M. Dide, qu'il faut, dans la nomenclature des globules blancs, distinguer dans les numérations les lymphocytes ordinaires à mince bordure protoplasmique (plus ou moins basophile que le noyau) du grand lymphocyte, des formes d'irritation de Bock, du grand mononucléé ordinaire et du grand mononucléé à noyau lobé, variétés de la série lymphogène ayant chacune sa signification.

En résumé, le sang subit le contre-coup de bien des influences dont il faut tenir compte dans chaque cas. Les tares nerveuses semblent le laisser assez indifférent. Du reste, les centres nerveux se suffisent presque à eux-mêmes dans leurs réactions cellulaires pathologiques: fibroblastes, cellules endothéliales et leurs dérivés lymphocytiques et plasmatiques interviennent localement dans les méninges; cellules névrogiques et leurs dérivés, dans la substance nerveuse. L'intervention des globules blancs du sang n'a guère lieu que dans les méningites suraiguës, dans les abcès, dans les foyers hémorragiques. Il y a donc une certaine indépendance, à cet égard, du système nerveux vis-à-vis des globules blancs du sang.

M. Régis (de Bordeaux). — Je regrette que M. Dide n'ait pas mis en valeur, dans son rapport, la courbe urologique de ses délirants intoxiqués, en la comparant à leur courbe ou à leur formule hématologique. En ce qui me concerne, j'ai toujours constaté qu'aux modifications en plus ou en moins des éléments figurés du sang correspondaient toujours des modifications de même sens dans la composition des urines.

Je crois que des constatations intéressantes pourraient résulter de cette étude comparative.

J'ai déjà établi qu'il existe une urologie clinique de la crise de délire dans les psychoses aiguës toxiques, et que la courbe urinaire est nettement en rapport avec la courbe délirante: en ce sens que le volume de l'urine s'abaisse au moment de l'apparition des accidents délirants; que le volume de l'urine est au minimum lorsque ces accidents atteignent leur apogée; enfin, que le volume de l'urine se relève notablement au moment de la guérison de la crise aiguë psychopathique, au point de se manifester parfois par une véritable débâcle polyurique.

Or, dans nombre de cas, pendant que M. Sabrazès analysait le sang des malades, M. Barthe, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, analysait leur urine. Il est remarquable de voir que, dans l'ensemble, cette double analyse a donné des résultats nettement concordants.

Ainsi, l'une des malades citées par M. Sabrazès fit, en 1904 et en 1906, un accès de psychose de la lactation à forme de confusion mentale hallucinatoire aiguë. Lors du premier accès, l'urine fut seule examinée; lors du second accès, l'urine et le sang furent étudiés simultanément. Le 21 juin 1906, au moment du maximum de l'accès, l'urine était

réduite à 600 centimètres cubes avec augmentation notable de l'urée, diminution des chlorures et présence de l'albumine; la valeur globulaire du sang était, de son côté, de 0,88, c'est-à-dire très abaissée. Le 11 juillet, la valeur globulaire, remontée à la normale, était de 1,07, tandis que l'urine, dont le volume atteignait 1,250 grammes, contenait moins d'urée, plus de chlorures, et plus du tout d'albumine.

Il y a là un parallélisme frappant.

Ce qu'il y a de curieux et que je ne saurais présentement expliquer, c'est que le lait de cette femme, très manifestement anémiée, présentait, à l'analyse, une composition normale.

De telles recherches peuvent conduire, comme l'a si bien indiqué M. Dide, à des données thérapeutiques rationnelles. Le rapporteur, se basant sur l'influence heureuse exercée parfois sur des psychoses en voie de chronicité par une infection aiguë intercurrente, fait observé depuis longtemps, pense qu'il y a là, pour l'avenir, une méthode féconde de traitement des maladies mentales. Des essais dans ce sens ont déjà été tentés avec succès, notamment par Wagner von Jauregg et par Ernst Böck.

En tout cas, chez la malade citée plus haut, une indication formelle découlait des analyses chimiques et hématologiques : la nécessité de remonter l'organisme et de le tonifier. C'est ce qui fut fait et c'est à cette médication qu'il faut attribuer en grande partie la rapidité de la guérison.

Avec M. Dide, je me réjouis en terminant de voir la psychiatrie se rapprocher non seulement de la neurologie, mais encore de la médecine ordinaire, dont elle doit de plus en plus constituer une des branches les plus importantes.

M. MAURICE FAURE (de La Malou). — Je rappellerai les travaux que nous avons faits dans le laboratoire de M. Gilbert Ballet, de 1898 à 1904, avec collaboration de MM. Laignel-Lavastine et Rosenthal, en cherchant, dans le sang et dans les humeurs, une explication des troubles mentaux. La recherche des microbes porta sur 206 cas que l'on peut diviser en trois séries : une première série comprend les recherches faites sur le cadavre dans les centres nerveux eux-mêmes, dans environ 100 cas où la mort avait été due à des maladies infectieuses variées accompagnées d'accidents mentaux. On n'a trouvé que dans cinq cas des éléments microbiens dus certainement à des fautes de technique : les microbes se trouvaient dans les vaisseaux, par conséquent dans le sang, et présentaient les mêmes caractères que des microbes précédemment décrits comme pathogénomiques. La deuxième série porta sur 64 cas d'affections diverses des centres nerveux ; le liquide céphalo-rachidien, examiné pendant la vie, présentait, dans quelques cas, des colonies microbiennes dues, là encore, à des fautes de technique. Enfin, dans une troisième série de 46 cas d'examen de sang de malades, présentant des maladies aiguës diverses avec délire, une seule fois on mit en évidence un élément microbien, c'était le bacille d'Eberth, dans un cas de fièvre typhoïde.

Je suis frappé de la différence qui existe entre ces résultats et les résultats contenus dans le rapport, dont l'auteur décrit une vingtaine d'espèces microbiennes banales trouvées dans le sang de ses malades. Par contre, je suis d'accord avec M. Dide sur l'influence des toxines charriées par le sang, altérant les fonctions et la morphologie des éléments cellulaires centraux ; c'était, d'ailleurs, à cette conclusion que j'étais arrivé.

M. TATY (de Lyon). — Je remercie le rapporteur d'avoir rappelé les travaux de l'Ecole lyonnaise sur la typho-psychose, travaux à propos desquels je communiquerai au congrès quelques expériences. Je demanderai à M. Dide s'il a eu l'occasion de rechercher dans le sang le *spirochaete pallida*. Trois examens de foie que j'ai faits moi-même dans ce but ne m'ont donné que des résultats négatifs. L'un de ces examens fut fait dans des conditions très favorables, chez une malade suivie depuis les accidents syphilitiques secondaires jusqu'à l'éclosion d'une paralysie générale qui nécessita l'internement cinq ans après les premiers accidents syphilitiques et se termina par la mort après cinq ans d'internement. Aucun spirochète ne put être mis en évidence dans le foie.

M. SICARD (de Paris). — Ce n'est pas seulement dans le sang des paralytiques généraux mais encore dans leurs centres nerveux, au niveau même des lésions, que le tréponème n'a pu être retrouvé. M. Queyrat a déjà signalé ces faits à la Société médicale de Paris. J'ai apporté des résultats également négatifs sur la recherche du tréponème dans le tissu nerveux méningo-radiculo-médullaire des tabétiques.

Depuis, M. Marinesco a apporté des documents également confirmatifs de l'absence du tréponème chez ces malades. Il semble donc que, au moins par les méthodes classiques,

on ne puisse pas retrouver le tréponème sous sa forme ordinaire, banale, dans les lésions nerveuses des paralytiques généraux et des tabétiques.

M. ANDRÉ LÉRY (de Paris). — Dans un cas de méningo-myélite aiguë syphilitique je n'ai pu également réussir à mettre en évidence le tréponème au niveau des lésions nerveuses de la moelle.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. M. DIDE (de Rennes). — Qu'il me soit permis, d'abord, de remercier tous ceux qui ont bien voulu prendre la parole au sujet de mon rapport, des appréciations très flatteuses qu'ils ont bien voulu formuler au sujet de mon travail. Les félicitations de tous ces savants me sont précieuses et m'encourageront à persévérer dans la même voie; je profiterai des indications qu'ils m'ont données et je ne répondrai qu'aux critiques de détail, persuadé qu'il me suffira de préciser ma pensée pour être d'accord avec tous.

Je suis convaincu avec M. SABRAZÈS que la formule hémoleucocytaire n'a de valeur pathognomonique dans aucun état psychopathique et qu'elle ne peut être que la traduction d'un état toxi-infectieux subaigu ou chronique; je crois même que le savant hématalogiste de Bordeaux avait, il y a quelque temps, dit quelque chose de très analogue pour la démence précoce. Je pense que les variations leucocytaires n'ont rien d'absolu; et je sais que des exceptions peuvent être constatées, ce qui n'infirme pas plus les règles générales que je formule avec BRUCE, SANDRI et d'autres, que les anomalies des courbes thermiques n'infirment, par exemple, des lois formulées pour les pyrexies par WUNDERLICH, G. SÉE, etc. Par ailleurs j'ai suffisamment distingué les diverses formes de leucocytes pour m'en tenir au texte de mon rapport. Enfin, le rôle actif des cellules endothéliales des vaisseaux cérébraux n'infirme en rien l'activité de substances solubles actives contenues dans le sérum et pouvant impressionner les cellules cérébrales.

A M. le professeur RÉGIS j'ai peu de chose à répondre. Les tentatives thérapeutiques sérologiques faites à l'étranger et en France, et même par moi à l'asile de Rennes, ne m'ont pas paru assez concluantes pour être formulées dès à présent; je n'ai peut-être péché que par excès de prudence. L'importance des documents urologiques que je possède m'auraient incité à les publier si je n'avais craint d'allonger à l'excès mon rapport.

M. MAURICE FAURE n'a pas trouvé de microbes dans le sang pour s'être servi d'une méthode infidèle, il aensemencé dans trop peu de bouillon et les bactériologistes se servent de 250 grammes où ils placent 20 gouttes de sang défibriné. Même dans ces conditions nous sommes parfois avec Sacquépée tombés sur des séries négatives sans que rien put expliquer à nos yeux ces résultats.

Avec MM. TATY, SICARD et LÉRY je suis tout à fait d'accord et je sais que le *spirochaete pallida* est absent du liquide C. R. des P. G., de même que de leurs centres nerveux.

II^e RAPPORT

Le Cerveau Sénile

PAR

M. le Dr André Léry (de Paris)

RÉSUMÉ

Vieillesse et sénilité ne sont pas synonymes. La vieillesse est la dernière période de la vie, on peut lui fixer un début conventionnel, l'âge de 60 ans par exemple; la sénilité indique un état pathologique que l'on rencontre presque toujours chez les vieillards, mais qui, n'étant pas fonction de l'âge, peut s'observer soit beaucoup plus tard, soit beaucoup plus tôt que le début de la vieillesse. Cet état peut aussi se constater à un degré très variable dans les différents organes d'un même individu, voire même dans les différentes parties d'un même

organe. Aussi il est justifié de décrire une sénilité tardive et une sénilité précoce, une sénilité générale et des sénilités locales.

Dans tous les cas, il n'existe pas d'organe sénile et notamment de cerveau sénile, sans lésions. Les lésions de tout organe sénile peuvent être essentiellement diffuses, macroscopiques ou seulement microscopiques, sans foyer. Elles consistent en : atrophie, simple ou dégénérative, des éléments parenchymateux; en prolifération plus ou moins modérée ou localisée des éléments interstitiels; en lésions scléreuses des vaisseaux. Ces trois sortes de lésions ne paraissent pas, en général, dépendre l'une de l'autre, mais toutes trois dépendent de l'ensemble des intoxications exogènes et endogènes accumulées pendant toute l'existence, et souvent multipliées dans un âge avancé, par suite de certaines insuffisances organiques.

I. — Étude anatomique.

Dans l'étude anatomique du cerveau sénile, nous avons étudié d'abord le cerveau en lui-même, dans son aspect extérieur et intérieur, et dans ses trois sortes de lésions diffuses : lésions du tissu nerveux, lésions du tissu névroglique, lésions des vaisseaux. Nous avons réservé, un peu artificiellement, pour les étudier à part, les lésions en foyer du cerveau sénile qui sont le résultat fréquent, mais non constant, des lésions diffuses, spécialement des lésions vasculaires.

4° LE CERVEAU SÉNILE ATROPHIQUE. — A) *Étude macroscopique.* — Le cerveau sénile est presque toujours un cerveau petit et atrophie, son poids et son volume sont très diminués. L'atrophie ne porte pas de façon uniforme sur tout le cerveau, mais de façon très prédominante sur les parties antérieures (1/3 ou plus souvent 2/3 antérieurs). La méninge est souvent épaissie, mais, d'autres fois, participe à l'atrophie du cerveau. Les cavités ventriculaires sont très dilatées par suite de l'atrophie de la substance cérébrale, les parois ventriculaires présentent des modifications variables. Le corps calleux est souvent très aminci : le septum lucidum est ou mince et transparent, ou, ordinairement, dur et sclérosé.

La couronne rayonnante et les noyaux centraux participent à l'atrophie. D'une façon générale, la substance blanche de chaque circonvolution paraît beaucoup plus diminuée que la substance grise. Des dilatations périvasculaires (état criblé ou dilatations isolées) paraissent tenir au retrait du parenchyme cérébral atrophie autour des gaines vasculaires.

Le cervelet prend parfois part à l'atrophie du cerveau, mais son atrophie n'atteint pas le même degré.

B) *Étude histologique.* — 1° *Tissu nerveux.* a). Les cellules nerveuses s'atrophient et disparaissent : le nombre des cellules atrophiées n'est pas proportionnel à l'âge, il reste très souvent des cellules saines chez les sujets les plus âgés. L'atrophie cellulaire peut être simple, avec raréfaction des corpuscules de Nissl (fausse chromatolyse centrale) ou avec surcharge pigmentaire. Les différentes variétés de granulations pigmentaires qui ont été décrites sous le nom de « pigment jaune » paraissent dériver l'une de l'autre et représenter les phases successives d'un produit de dégénérescence. Aucune de ces altérations cellulaires ne diffère essentiellement de certaines altérations que l'on observe en dehors de la sénilité en particulier, à la suite de certaines intoxications prolongées (alcoolisme chronique, urémie, etc.).

b) Les fibres nerveuses peuvent être toutes très diminuées de nombre. Les fibres radiales sont très diminuées dans la substance blanche et dans la sub-

tance grise des circonvolutions; les fibres transversales sont également très diminuées, et notamment les *fibres tangentielles* de Tuczak : cette dernière lésion est celle qui paraît avoir été surtout constatée dans les démences, en particulier les démences sénile et paralytique; elle existe aussi dans les cerveaux de séniles non déments. La dégénérescence des fibres myéliniques se fait généralement par atrophie simple, quelquefois avec colorabilité anormale, rarement avec formation de corps granuleux. Des corps amyloïdes sont assez fréquents et paraissent résulter de la segmentation de cylindraxes variqueux.

La disparition des fibres myéliniques explique pourquoi l'atrophie de la substance blanche paraît beaucoup plus considérable que celle de la substance grise: la partie périphérique de la substance blanche devient grise par suite de la disparition des gaines de myéline; la couche grise augmente aux dépens de la couche blanche sous-jacente.

2° *Tissu névroglieue*. a) Les *cellules névroglieues* paraissent augmenter de nombre; mais l'augmentation est sans doute plus apparente que réelle, elle est surtout relative et résulte de la diminution des éléments nerveux.

Les noyaux qui entourent certaines cellules nerveuses en voie de destruction ne jouent nullement le rôle de neuronophages; leur accumulation, toujours modérée, est due peut-être à une réaction inflammatoire, plus probablement à une irritation toxique; peut-être n'y a-t-il qu'une multiplication apparente et, en réalité, un simple tassement du tissu dans les espaces laissés vides par l'atrophie des cellules nerveuses.

b) La prolifération des *fibrilles névroglieues* détermine des *scléroses*. La sclérose sénile est toujours modérée; elle est diffuse, mais non uniforme et présente des sièges de prédilection; on observe surtout la sclérose sous pie-mérienne, la sclérose périvasculaire. On voit quelquefois une *sclérose miliaire de l'écorce cérébrale* qui paraît être en rapport avec des crises d'épilepsie sénile, peut-être avec la démence (3 cas, dont un personnel). Les mêmes lésions des cellules et des fibres nerveuses et névroglieues peuvent être observées dans l'écorce et dans les noyaux gris centraux.

3° *Vaisseaux*. Les lésions artério-scléreuses des vaisseaux intra-cérébraux ne sont pas toujours proportionnées aux lésions athéromateuses des vaisseaux de la base; elles ne sont pas non plus analogues dans les différentes parties d'un même cerveau, ni même dans les vaisseaux les plus voisins. La lésion est une artérite le plus souvent totale; plus rarement on constate l'endartérite, la périartérite, la mésartérite. La dégénérescence colloïde, la dégénérescence fibro-hyaline, la dégénérescence calcaire sont plus rares. Les lésions des capillaires sont peu connues; la dégénérescence graisseuse ne semble ni très fréquente ni proportionnée à la sclérose des petites artères.

4° Toutes les lésions en foyer paraissent déterminées surtout par les altérations vasculaires; l'altération du parenchyme est peut-être une cause prédisposante. Ces lésions sont :

1. Des *scléroses périvasculaires* et « *paravasculaires* »; cette dernière variété, rare, aurait une disposition en rapport avec la distribution des vaisseaux, mais se localiserait non à leur pourtour, mais à distance, dans les parties sans doute les plus mal irriguées; 2. des *hémorragies miliaries* qui sont très fréquentes dans les cerveaux séniles et sont tout à fait indépendantes de tout anévrysme miliaire; 3. des petits foyers multiples de *ramollissement incomplet*, tel que ceux de l'« atrophie artério-scléreuse du cerveau », de l'« encéphalite chronique sous-corticale », de la « destruction corticale sénile »; 4. des *foyers de désintégration*

lacunaire; 5. des foyers d'état *vermoulu*; 6. de gros foyers de ramollissement et d'hémorragie cérébrale.

3° Les lésions diffuses ne paraissent, au contraire, pas être sous la dépendance directe des altérations des vaisseaux. Les scléroses diffuses et les atrophies nerveuses de la sénilité sont dues sans doute à l'action directe, sur ses tissus, des mêmes toxiques qui, de façon indépendante, produisent l'altération des vaisseaux.

L'atrophie des cellules, et des fibres nerveuses en particulier, semble être l'aboutissant direct, sur ces éléments, de toutes les intoxications de l'existence; la sénilité et la dégénérescence atrophique des cellules nerveuses seraient ainsi la conséquence de multiples états *pathologiques* plutôt que l'« involution » physiologique de cellules non susceptibles de reproduction. La démence sénile serait probablement le terme, plus prononcé que normalement, du processus anatomique commun, d'origine toxique, de désintégration et d'atrophie des cellules et des fibres nerveuses.

2° LES PETITES LÉSIONS EN FOYER DU CERVEAU SÉNILE. — Deux variétés de petites lésions en foyer semblent à peu près exclusives à la sénilité : les lacunes de désintégration et l'état *vermoulu*.

Les lacunes ont toujours une origine vasculaire; elles peuvent reconnaître pour cause non seulement une « encéphalite destructive avec corrosion excentrique du tissu nerveux », mais aussi la résorption d'une hémorragie miliaire ou un véritable ramollissement par oblitération artério-scléreuse ou fibro-hyaline d'un vaisseau.

L'état *vermoulu* est une ulcération corticale, qui s'enfonce en coin surtout dans l'extrémité libre des circonvolutions et ne dépasse guère la substance grise. Il reconnaît pour cause la prédominance d'une désintégration progressive du tissu nerveux avec prolifération névroglique dans le territoire de certaines artères nourricières courtes, lésées par l'artério-sclérose, mais non oblitérées. L'intensité de la désintégration nerveuse surtout des fibres tangentielles et de la prolifération névroglique dans ces cas explique pourquoi l'état *vermoulu* coïncide d'ordinaire avec un état dementiel assez prononcé et parfois avec l'épilepsie sénile.

3° LES GROSSES LÉSIONS EN FOYER DANS LA SÉNILITÉ. — Les ramollissements et hémorragies cérébrales, assez fréquentes dans la sénilité, ne diffèrent pas sensiblement à un âge avancé de ce qu'elles sont à l'âge adulte.

II. — Aperçu clinique.

A. NEUROLOGIE. — 1° L'artério-sclérose cérébrale. — L'artério-sclérose est rarement purement cérébrale, on en trouve ailleurs des signes somatiques.

Les signes de l'artério-sclérose cérébrale ne sont pas proportionnés à l'intensité des lésions vasculaires. Les signes de l'artério-sclérose cérébrale présentent le caractère intermittent ou paroxystique de véritables « claudications intermittentes du cerveau ». Ce sont surtout le vertige, des céphalalgies, bourdonnements d'oreille, somnolences ou insomnies, troubles du caractère, fatigue physique et mentale rapide; amnésie, embarras de la parole, aphasie transitoire, hémiparésie, courtes attaques apoplectiques non suivies d'hémiplégie. On trouve tous les termes de passage entre ces accidents fugitifs et les « ictus » lacunaires.

L'artério-sclérose cérébrale peut prendre, au début, l'aspect de la neurasthénie. Les lésions en foyers multiples peuvent simuler des ramollissements circonscrits, mais ils se caractérisent par la lenteur progressive du début et la rapidité des modifications.

2° *Les hémiplegies.* — Les hémiplegies brusques et complètes, analogues à celles de l'adulte et dues au ramollissement ou à l'hémorragie cérébrale, ne sont pas les plus fréquentes chez le vieillard; elles se terminent rapidement par la mort dans la plupart des cas sans avoir le temps d'aboutir à la contracture. Les grosses hémiplegies avec contracture des vieillards sont rares et datent presque toujours de l'âge adulte.

Les véritables hémiplegies des vieillards reconnaissent le plus souvent pour cause les lacunes de désintégration.

L'hémiplegie débute généralement par un ictus très léger, très incomplet et très passager. Les symptômes de cette hémiplegie sont essentiellement transitoires, incomplets et, sinon partiels, du moins très prédominants au membre inférieur; il n'en reste bientôt que la marche à petits pas, parfois la marche en traînant les pieds, parfois une légère maladresse du membre supérieur dans les mouvements délicats. Quelquefois on constate une tendance à tomber en arrière avecorteils en griffe.

De la dysarthrie, de la dysphagie, du rire et des pleurs spasmodiques, des troubles psychiques donnent assez souvent aux hémiplegiques lacunaires l'aspect de « petits » pseudo-bulbaires. L'hémiplegie lacunaire est volontiers récidivante: elle prédispose aux hémorragies et aux ramollissements rapidement mortels. Les artério-scléreux lacunaires meurent plus souvent par le cerveau que par les reins ou par le cœur.

3° *Les paraplégies.* — La paraplégie peut être simulée dans la vieillesse par l'affaiblissement musculaire prédominant aux membres inférieurs, par une sorte d'astasia-abasia tenant à la crainte qu'éprouve le vieillard de ne plus pouvoir marcher à la suite d'une lésion minime, cérébrale ou non, enfin et surtout par une hémiplegie lacunaire bilatérale.

Les véritables paraplégies lacunaires paraissent rares; elles restent généralement plus ou moins flasques. Les paraplégies médullaires spasmodiques vraies s'observent soit dans la sclérose combinée sénile, soit peut-être dans quelques cas de sclérose plus ou moins diffuse, d'origine vasculaire ou non.

4° *Épilepsie sénile.* — L'épilepsie sénile peut présenter toutes les variétés cliniques de l'épilepsie juvénile, avec ou sans quelques modifications symptomatiques; les troubles mentaux seraient plus constants et plus rapides. On lui reconnaît surtout deux causes: la syphilis, par l'intermédiaire de plaques de méningite sclérogommeuse et l'artério-sclérose, soit par ses lésions diffuses, soit par des foyers de désintégration non lacunaire ou par la cérébro-sclérose lacunaire. Elle paraît pouvoir reconnaître aussi pour cause déterminante l'état vermoulu ou surtout la sclérose miliaire de l'écorce cérébrale: dans les cinq cas jusqu'ici signalés de cette dernière lésion, il y a toujours eu de l'épilepsie sénile.

L'épilepsie sénile paraît donc plus fréquemment symptomatique que l'épilepsie juvénile; pourtant la connaissance de plus en plus approfondie des causes déterminantes n'élimine pas la nécessité possible d'une cause prédisposante, héréditaire ou acquise, d'une aptitude convulsive.

B. PSYCHIATRIE. — 1° *L'état mental des vieillards.* — On trouve toute une série d'états de transition entre la conservation parfaite de l'intelligence et la

démence sénile. Les vieillards les mieux conservés au point de vue mental ont une diminution de la mémoire des faits récents et une diminution de l'imagination créatrice : ils sont toujours en baisse par rapport à eux-mêmes. La plupart des vieillards sont plus notablement affaiblis : diminution plus marquée de la mémoire allant du nouveau à l'ancien et du complexe au simple ; modification du caractère, perte des sentiments affectifs, égoïsme, avarice, indifférence pour les faits graves, émotivité excessive pour les petits faits les concernant personnellement ; tendance aux idées hypochondriaques et de persécution ; diminution du raisonnement, du jugement, des associations d'idées, de l'attention, de la volonté. La démence simple est l'exagération de la déchéance de toutes les facultés intellectuelles, le retour à l'instinct avec conservation d'actes automatiques plus ou moins compliqués. Des idées délirantes inconsistantes et non systématisées peuvent être la conséquence de la démence avec illusion ou hallucinations. Elle détermine deux sortes de réaction : l'excitation ou l'apathie.

Des actes délictueux : exhibitionnisme, attentats à la pudeur, vol, impulsions homicides ou suicides, peuvent être accomplis avec inconscience par les vieillards affaiblis ou déments ; l'irresponsabilité est évidente chez les déments, elle peut paraître douteuse ou limitée chez les simples affaiblis, d'autant plus que, dans les actes « médico-légaux » des affaiblis séniles, on peut retrouver les marques, considérablement exagérées, d'une tendance vicieuse déjà manifeste dans l'âge adulte.

A la démence simple ou avec idées délirantes peuvent se joindre des épisodes délirants, prenant surtout la forme de la confusion mentale et de la mélancolie anxieuse. L'affaiblissement sénile et la démence simple, avec ou sans idées délirantes vagues et isolées, paraissent devoir s'expliquer par l'atrophie et la dégénérescence des cellules cérébrales et des fibres nerveuses ; ils peuvent apparaître précocement, comme la sénilité cérébrale anatomique, chez des intoxiqués chroniques, notamment des alcooliques. Les épisodes délirants paraissent résulter d'une intoxication ou toxi-infection sur un cerveau déjà en imminence d'insuffisance fonctionnelle par le fait de l'athérome.

2° *Les troubles mentaux de l'artério-sclérose*, spécialement étudiés dans ces derniers temps, représentent une des formes de la « claudication intermittente du cerveau » et se font surtout remarquer par leur caractère intermittent ou paroxystique. La forme légère se révèle par la fatigue mentale rapide, la faiblesse de l'idéation et des conceptions. Les formes graves se manifesteraient par des troubles mentaux sérieux ayant pour caractère dominant la rapidité des aggravations et des améliorations plus que le déficit intellectuel véritable ; la démence est souvent moins profonde qu'elle n'en a l'air au premier abord ; certaines parties de la personnalité sont conservées et le malade garde très longtemps conscience de son état.

Ces diverses variétés de troubles mentaux de l'artério-sclérose s'accompagnent d'un plus ou moins grand nombre de signes somatiques de l'artério-sclérose cérébrale ou généralisée (cardiaque, aortique, rénale, périphérique, etc.).

Certaines formes simulent la paralysie générale ; les rémissions et les guérisons, la longue durée, les caractériseraient surtout.

3° *Les psychoses des vieillards*. — Il faut distinguer les psychoses de la vieillesse (vieillards-aliénés) et les psychoses dans la vieillesse (aliénés-vieillards). M. Ritti les a récemment étudiées les unes et les autres.

III

Dans l'étude anatomique comme dans l'étude clinique, nous avons été amené constamment à rapprocher les altérations par intoxications prolongées; cette étude nous paraît être un argument en faveur de la théorie qui fait de la sénilité, dans le cerveau comme dans les autres organes, l'aboutissant de toutes les intoxications de l'existence.

DISCUSSION DU RAPPORT SUR LE CERVEAU SÉNILE

M. ANGLADE (de Bordeaux). — Il y aurait eu, à mon avis, une manière bien séduisante d'envisager, dans son ensemble, la question complexe du cerveau sénile. C'était de considérer d'abord les troubles psychiques qui, lorsqu'il s'agit du cerveau, doivent toujours garder la prééminence, ensuite les troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, réflexes, etc., et, cela fait, d'envisager les lésions multiples du cerveau sénile, pour tenter enfin une superposition des données cliniques aux altérations anatomiques.

Il est vrai que le rapporteur, s'il a mis les troubles psychiques au dernier plan, ne les a pas moins bien décrits : il nous a montré le vieillard toujours quelque peu sénile psychiquement, et le sénile toujours mentalement affaibli, souvent délirant, excité, déprimé, etc. J'ajoute que le radotage sénile est fréquemment associé à un degré d'aphasie sensorielle (jargonaphasie, paraphasie, aphasie amnésique, etc., etc.), et enfin que la démence sénile réalise, quand elle se complique d'un appoint méningé, le syndrome complet de la paralysie générale. La paralysie générale sénile est bien une réalité clinique.

Au point de vue neurologique, il y a également quelques lacunes dans l'exposé clinique de M. Léri. Le cerveau sénile traduit sa sénilité non seulement par des hémiplegies, des paraplégies, des accidents convulsifs, mais encore par des tremblements, des troubles de la réflexivité, de la sensibilité générale et spéciale, etc. Il est vrai qu'il y a dans le rapport une brève indication sur l'état de la réflexivité : le réflexe des ortels serait ordinairement en extension dans les hémiplegies et paraplégies lacunaires. De mon observation il résulte, au contraire, que le réflexe de Babinski se produit, habituellement, en flexion. Les tremblements, les troubles sensoriels et sensitifs, etc., ont été passés sous silence. Pourtant, les troubles de l'olfaction, de la vision et de l'audition sont fréquents dans la sénilité, et il s'agit d'organes qui sont des émanations cérébrales, que la sclérose frappe au même titre que le cerveau et parfois de bonne heure.

Ces regrets exprimés, j'arrive au fond de la question, à l'étude des lésions de la sénilité cérébrale. La lésion des cellules cérébrales est indiscutable. Les éléments nerveux sont altérés qualitativement et quantitativement. L'altération quantitative a ici plus de valeur encore que l'altération qualitative. Les vaisseaux sont souvent lésés : pas toujours de la même façon ni au même degré. Il est manifeste qu'on a exagéré considérablement le rôle des lésions vasculaires. En réalité, l'atrophie sénile, les formations lacunaires ne sont pas le résultat d'une nécrose pure et simple résultant d'une oblitération artérielle. Dans tout le cerveau d'un dément sénile, au niveau des foyers, chez les lacunaires, ce qui frappe surtout c'est l'importance de la réaction encéphalitique interstitielle inflammatoire. On peut différer d'avis sur la signification de cette réaction, soutenir avec de bons arguments qu'elle est primitive ou seulement secondaire; ce que tout le monde reconnaît après examen de mes préparations, c'est la réalité de cette réaction névroglique toujours intense.

La sclérose des séniles se présente sous deux aspects très différents. Elle est diffuse, englobe tout le cerveau; cette diffusion souffre pourtant des prédominances régionales. Un sénile jargonaphasique, par exemple, a toujours une temporale gauche plus scléreuse. Le caractère essentiel de cette sclérose diffuse est de ne pas aboutir à la formation lacunaire. Au contraire, dans une catégorie de cerveaux séniles, celle qui a été plus spécialement visée dans le rapport, la sclérose n'est pas aussi diffuse; elle s'organise par plaques et aboutit à la lacune. Voici comment : c'est d'abord la réunion en un point qui n'est pas toujours le voisinage d'un vaisseau d'arthrocytes géants et néoformés, multinucléés, à protoplasma visible, à gros prolongements formés de groupements fibrillaires. A cet aspect caractéristique, succède celui du tassement fibrillaire avec effacement des figures arthrocytaires, disparition des noyaux. La plaque de sclérose est mère; elle va s'effriter et la lacune commencera. Le processus inflammatoire gagne au pourtour de cette lacune et par la transformation successive des éléments la lacune s'agrandit, lorsque

toutefois, comme il arrive surtout chez un sujet jeune, il n'y a pas une tendance à la limitation cicatricielle. Les diverses étapes de cette formation lacunaire peuvent être aisément suivies sur de bonnes préparations et particulièrement sur des coupes de cervelets lacunaires. C'est par un processus identique, mais superficiel, que se réalise l'état vermoulu qu'il faut rapprocher d'une lésion identique, selon moi, au niveau de l'épendyme. On y voit se former des plaques de sclérose sous-épendymaire qui se détachent et tombent dans le ventricule, laissant à la paroi un aspect rugueux.

Si j'essaie maintenant de faire une tentative de superposition, je dirai que la sclérose diffuse correspond à la démence sénile avec excitation maniaque, mélancolique, paranoïaque, etc., avec jargonaphasie-paraphasie intermittente; à la paralysie générale sénile. Tandis qu'aux états lacunaires correspondent plus particulièrement les troubles de la motilité, de la sensibilité, de la réflexivité. Ce qui ne veut pas dire que l'état lacunaire n'occasionne pas la démence. Je crois pouvoir faire, à ce propos, une distinction: pour qu'il y ait démence dans les états lacunaires il faut que l'écorce soit atteinte. Cette règle souffre quelques exceptions. Les lacunes des étages inférieurs avec intégrité corticale peuvent être très importantes sans entraîner une déchéance intellectuelle notable. J'ajoute qu'avant d'interpréter les diverses formes de paraplégies par ces lacunes il faudra s'enquérir de l'état du cervelet. Il n'a rien été dit de ce cervelet chez les lacunaires et pourtant il est toujours intéressé à un degré qui, pour être microscopique, n'en est pas moins très accusé. On ne peut interpréter correctement ces troubles de la marche des séniles où les désordres de l'équilibration semblent bien cliniquement jouer un rôle, tant qu'on méconnaît les lésions cérébelleuses dont je signale l'extrême fréquence.

Je devrais me borner à vous présenter des faits. Il me sera permis cependant de faire une incursion dans le domaine des considérations hypothétiques. Il m'a semblé, en regardant de nombreuses préparations provenant de maladies cérébrales très différentes, que l'on pouvait considérer la cellule nerveuse et la cellule névrogliue comme des sœurs ennemies s'observant tout le long de l'existence, toujours prêtes à se combattre à la première occasion morbide. La maladie diminue la résistance de la cellule nerveuse, exalte, au contraire, l'activité de la cellule névrogliue. L'une réagit par la mort, l'autre par la prolifération. Il est frappant de constater qu'en fin de compte la névrogliue triomphe avec le secours de toutes les causes de la sénilité. Dans le cerveau qui succombe un élément semble doué d'une puissante vitalité, c'est la névrogliue.

M. HUSNOT (de Bordeaux). — On a étudié de divers côtés les rapports de la sénilité avec l'état des surrénales. Ces glandes, malgré les assertions de Huschke, loin de participer à l'atrophie des divers organes, augmentent de poids à mesure qu'on avance en âge.

Il est permis actuellement de se demander si dans la sénilité prématurée l'hyperfonctionnement des surrénales et leur augmentation de volume n'entrent pas en jeu. De ce fait, les autopsies confirment cette supposition; les séniles ont de grosses surrénales, très fréquemment adénomateuses.

Avec M. Sahrazès, nous avons observé un cas d'hypertrophie adénomateuse des surrénales avec sénilité prématurée chez un homme de soixante-cinq ans.

Il s'agit d'un sujet non syphilitique, ayant abusé un peu du vin, anarthrique, marchant à petits pas, dément chronique. L'autopsie a permis de constater une énorme hypertrophie adénomateuse avec hypercypinémie et chromaffinité exagérée de la surrénale droite; dans la surrénale gauche — un peu plus volumineuse que normalement — on a trouvé une cellule en mitose au niveau de la substance médullaire. Il existait une cérébrosclérose lacunaire intense (avec participation du cervelet), de l'épaississement des méninges molles et de l'athéromasie généralisée.

Il résulte de ce fait que les hypertrophies adénomateuses des surrénales, si fréquentes chez les vieillards, peuvent déterminer des lésions de sclérose, atteignant après les vaisseaux le tissu nerveux lui-même, et que ces hypertrophies peuvent ainsi jouer un rôle prépondérant dans l'évolution de la sénilité.

M. RAYMOND (de Paris). — Je désire rappeler que MM. Lejonne et Lhermitte ont publié sous ma direction différents travaux sur les paraplégies des vieillards et montré que parmi ces paraplégies certaines sont d'origine cérébrale, d'autres d'origine médullaire d'autres enfin d'origine musculaire.

Les paraplégies cérébrales sont bien dues aux lacunes de désintégration; mais à côté de l'hémiplégie décrite par MM. Pierre Marie, Ferrand, etc., hémiplégie qui peut se terminer par une pseudo-paraplégie, il existe des paraplégies vraies, d'emblée, qui forment un type clinique parfaitement distinct.

Les paraplégies myélopathiques reconnaissent pour cause la sclérose polyfasciculaire de la moelle. MM. Lejonne et Lhermitte, en examinant d'une façon systématique, chez plusieurs malades, la moelle et le cerveau sur de nombreuses coupes microscopiques, ont établi solidement l'existence anatomique de cette forme de paraplégie.

Il peut évidemment exister chez les vieillards des scléroses médullaires polyfasciculaires sans paraplégie, de même qu'il existe chez eux des lacunes cérébrales sans hémiparaplégie ; ce n'est pas là un argument pour refuser à la sclérose polyfasciculaire, pas plus qu'on ne la dénie aux lacunes, la faculté d'être, dans certains cas, l'origine de troubles moteurs, et dans l'espèce, de paraplégies.

M. GRASSET (de Montpellier). — J'appelle l'attention sur un détail curieux de certaines formes de paralysie cérébrale chez les scléreux qui marchent à petits pas et en raclant le sol : c'est la conservation de la force du mouvement *volontaire*. Quand on dit à ce malade, qui soulève à peine les pieds et trébuche à la moindre irrégularité du sol, de marcher en fléchissant la cuisse très haut, en steppant, il exécute parfaitement ce mouvement à son grand étonnement. De même, si l'on prend chaque articulation l'une après l'autre, et si on lutte contre le malade pour chaque mouvement successivement, on constate qu'il a conservé une grande force. Si les particularités que je signale étaient confirmées, on pourrait conclure qu'il s'agit d'un trouble de l'automatisme moteur, de la marche inconsciente, de la coordination cérébrale plutôt que de la marche volontaire et consciente, de la volonté motrice, et ceci distinguerait symptomatiquement les faits dont je parle des faits de paraplégie médullaire et d'hémiplégie cérébrale bilatérale.

M. HENRY MEIGE (de Paris). — La distinction que M. Grasset vient d'établir entre les mouvements spontanés et les mouvements après commandement, dans certains cas d'hémi ou de paraplégie cérébrale, est très utile à connaître, car elle permet d'obtenir de très réelles améliorations au point de vue de la motricité en apprenant aux hémiplégiques et aux paraplégiques comment ils peuvent *agir plus, en voulant plus et mieux*.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. ANDRÉ LÉRI (de Paris). — Je répondrai à M. Anglade que j'ai fait, dès le début, une tentative de superposition des lésions anatomiques et des syndromes cliniques ; en dehors d'un petit nombre de faits, cette superposition, très tentante au premier abord, ne m'a pas paru réalisable pour l'ensemble de l'étude du cerveau sénile : c'est encore un idéal vers lequel doit tendre l'avenir et, actuellement, on est obligé de se contenter de faire de fréquentes incursions dans la clinique à propos de l'étude anatomique et dans l'anatomie à propos de l'étude clinique. Si je n'ai pas commencé l'étude du cerveau sénile par la description de la déchéance mentale, c'est que le cerveau est, non seulement l'organe de la pensée, mais aussi l'organe central du mouvement, de la sensibilité et je ne pouvais perdre de vue que j'avais à traiter une question de neurologie.

Je m'incline devant la haute compétence de M. Anglade en matière de névrologie, mais je me demande pourtant si l'importance de prolifération névrologique est aussi grande ; peut-être n'est-elle pas primitive et, en tous cas, j'insiste sur ce fait qu'elle ne me paraît pas être la cause constante des lacunes de désintégration.

A M. Grasset, je répondrai que l'intégrité des mouvements volontaires isolés des membres chez les hémiplégiques lacunaires forme, en effet, un contraste frappant avec les troubles de la marche ; il était très intéressant de signaler, comme l'a fait M. Grasset, l'intégrité de la « marche volontaire » avec une altération prononcée de la « marche automatique ».

Répondant à M. Raymond, à propos des importantes recherches de Lejonne et Lhermitte sur les paraplégies des vieillards, je rappelle la distinction que j'ai faite dans mon rapport entre les « pseudo-paraplégies » par hémiplégie bilatérale lacunaire, et les paraplégies vraies, soit lacunaires, soit myélopathiques. Comme le fait remarquer M. Raymond, ces paraplégies lacunaires seraient peut-être dues surtout à des lésions bilatérales des lobules paracentraux. D'un autre côté, dans certains cas où les lésions des faisceaux pyramidaux dépendent manifestement des lacunes cérébrales, d'une lacune de la capsule interne, par exemple, ces lésions pyramidales sont pourtant beaucoup plus nettes dans la région dorsale que dans la région cervicale : cela tient, sans doute, à une sorte de condensation des fibres du faisceau pyramidal dans les régions inférieures, plus ou moins analogue à la condensation des fibres radiculaires postérieures dans le cordon de Goll à la région cervicale.

III^e RAPPORT

La Responsabilité des Hystériques

PAR

M. Leroy (de Ville-Evrard)

RÉSUMÉ

Lorsque l'expert est commis pour examiner un hystérique délinquant, son premier soin doit être de s'assurer que l'inculpé ressortit bien à la névrose. Son diagnostic doit être basé sur les symptômes somatiques ou psychiques de l'hystérie constatés par lui ou mentionnés dans les antécédents : attaque dans ses différentes variétés, paralysies et contractures, troubles sensitifs, mutisme, accidents viscéraux, somnambulisme, état crépusculaire, etc.

Le diagnostic posé, le médecin légiste a deux points essentiels à envisager : le sujet en lui-même et les caractères particuliers de l'acte incriminé, ainsi que des circonstances qui l'ont accompagné.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance primordiale de l'étude de l'inculpé, de ses antécédents, de son niveau mental, des particularités de son caractère, des incidents par lesquels se manifeste le plus souvent chez lui la névrose, etc.

Un inculpé ayant présenté des attaques d'hystérie moyenne, voire même de petites attaques vulgaires, du somnambulisme, des paralysies ou des contractures, a certainement un système nerveux plus touché que la jeune fille chez laquelle on constate des crises syncopales avec une sensation plus ou moins nette de constriction cervicale.

On peut admettre aussi que la constatation d'une grande anesthésie ou d'un rétrécissement énorme du champ visuel implique l'existence d'une grave perturbation des centres psychiques. L'anesthésie hystérique, d'origine auto-suggestive, est une insensibilité par inconscience, par désagrégation mentale, une insensibilité psychique indiquant un dédoublement de la personnalité.

Il est bien évident, d'autre part, que l'examen des stigmates mentaux, le degré de suggestibilité, d'aboulie, d'amnésie, d'anorexie doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation médico-légale. Il en est de même de la mentalité du sujet révélée par sa vie entière.

Ces considérations générales suffisent à montrer que la responsabilité varie nécessairement avec chaque sujet et qu'on ne peut guère appliquer à l'un les règles qui seront de mise pour l'autre. Si la maladie est légère, ce n'est pas sa constatation qui pourra à elle seule innocenter le délit, il faut d'autres éléments. L'hystérie est-elle au contraire grave, s'accompagne-t-elle de crises nombreuses, de délire hallucinatoire, de somnambulisme, d'importants symptômes physiques, nous croyons que l'expert doit tendre vers l'irresponsabilité, quand bien même l'acte n'aurait aucun caractère hystérique et paraîtrait avoir été inspiré par les mobiles les plus pervers. La plupart des experts concluent actuellement, dans ce cas, à la responsabilité atténuée. Je crois, au contraire, qu'on

doit considérer le délinquant comme un malade et conclure à l'irresponsabilité complète. La névrose a, en effet, toujours pour conséquence une véritable infériorité psychique ; les sentiments altruistes ou sociaux disparaissent en même temps que se rétrécit le champ de la conscience. La place de l'hystérique est à l'asile et non à la prison ; c'est un malade qui relève des médecins.

Cette notion de l'irresponsabilité de l'hystérique avec troubles graves du système nerveux est déjà pratiquement reconnue. Lorsqu'un détenu d'une maison centrale présente des attaques d'hystérie avérée, on ne le garde pas en prison ; jusqu'à cette année on avait l'habitude de le transférer à l'asile des aliénés criminels de Gaillon. Par suite de la fermeture provisoire de cet établissement on le place désormais à l'asile départemental le plus voisin.

Si importante qu'elle soit, l'étude de l'inculpé, de ses antécédents, de ses manifestations morbides est secondaire par rapport à celle de l'acte lui-même. Un hystérique, en effet, peut très bien être responsable de certains actes et irresponsable d'autres, cela dépend du moment et des circonstances. Étendre trop loin l'irresponsabilité de tels individus serait leur donner, au détriment de l'ordre public, un véritable bill d'indemnité. Cette conclusion a été admise par tous les auteurs — au premier rang desquels il faut citer Legrand du Saulle — qui se sont occupés de la responsabilité des hystériques.

Quels que soient les actes commis pendant les troubles mentaux associés aux attaques : hallucinations, idées délirantes, agitation, états extatiques, etc., il est évident que l'expert doit conclure à une irresponsabilité totale. Il en est de même pour les actes accomplis pendant les délires transitoires, plus ou moins frustes, qui sont les seuls délires hystériques vrais et qui doivent être considérés comme les équivalents de la crise convulsive.

La même irresponsabilité totale doit être acquise aux actes, quels qu'ils soient, vols, homicides, fugues, etc., commis pendant le somnambulisme. C'est dans ces cas que l'on peut dire que le malade est un pur automate devenu le jouet de son idée fixe. Les mêmes considérations s'appliquent à l'état second qui n'est qu'un état somnambulique prolongé. Dans cette double vie, du reste, les phases de l'existence sont assez distinctes pour que le patient puisse présenter et présente souvent dans chacune d'elles une mentalité différente. Une hystérique timide à l'excès, à l'état normal, peut se montrer bruyante, hardie et téméraire dans l'état second. L'inculpé ne sera, en tout cas, déclaré irresponsable que si le délit a été réellement commis pendant l'état somnambulique.

Plus délicate est la recherche de la responsabilité dans les actes accomplis en état de subconscience. Ces « états crépusculaires » marquent parfois le prélude ou la fin d'une attaque convulsive ; quelquefois aussi ils alternent avec celle-ci ou se présentent spontanément sans aucune connexité avec les accidents convulsifs, réalisant ainsi un équivalent psychique de l'attaque. Ces états de subconscience avec ou sans troubles sensoriels, avec ou sans désorientation, s'accompagnent d'amnésie. Leur caractère morbide ne peut pas être mis en doute et l'irresponsabilité doit être acquise à tous les actes, vols ou homicides, exécutés pendant ces états.

Si, comme cela est assez fréquent, l'expert ne peut arriver à démontrer l'existence de cet état de subconscience au moment de l'acte, le problème devient très délicat. Voici habituellement comment les choses se présentent : un sujet de conduite correcte, complètement lucide, commet un crime, puis l'acte accompli prétend n'en avoir gardé aucun souvenir, ne pas connaître le premier

mot de la chose dont on lui parle, etc., etc. Comment dépister ici le mensonge, la supercherie ? Si l'on peut démontrer l'existence d'une hystérie grave, l'amnésie du crime peut être réelle en dépit de nombreux mensonges portant sur d'autres faits : dans ces conditions il est au moins prudent de ne jamais rejeter d'emblée l'hypothèse d'une folie transitoire, alors même qu'elle est en l'espèce improbable.

Il a été question, jusqu'ici, de la responsabilité des hystériques pendant les crises ou pendant les équivalents psychiques ; voyons maintenant dans quelle mesure peut être invoquée l'irresponsabilité pour les actes commis dans l'interval des crises. Dans l'impossibilité où nous sommes de répondre à cette question par une formule unique, nous nous bornerons à étudier la responsabilité dans quelques cas particuliers choisis parmi les plus fréquents. Un fait primordial peut d'abord être envisagé, c'est l'acte en lui-même. On voit souvent des délits ou des crimes tellement absurdes, que leur caractère pathologique ne peut être mis en doute par personne ; l'irresponsabilité de ceux qui les ont commis en découle alors tout naturellement.

La profonde suggestibilité de l'hystérique explique l'influence si grande du rêve, d'une hallucination, d'une idée fixe, d'une suggestion intrinsèque ou extrinsèque.

Plus encore que la suggestibilité, l'impulsivité est une cause importante d'actes médico-légaux hystériques : homicide, violence, suicide et surtout actes passionnels provoqués par la haine, la jalousie, la vengeance. Leur émotivité, leur irritabilité empêchent ces malades de se contenir ; ils passent presque instantanément de l'idée à l'acte.

La plupart des auteurs, dans ces cas, concluent à une responsabilité limitée. D'après eux, le criminel hystérique n'oppose, aux mobiles de son acte, qu'une résistance affaiblie.

A l'impulsivité des hystériques se rattache un grand nombre de vols, surtout de vols commis dans les grands magasins. Lorsque l'expert se trouve en présence de dégénérés hystériques, de kleptomanes, l'irresponsabilité ne saurait être mise en doute. La solution est bien plus délicate si l'impulsion ne s'accompagne pas d'obsession proprement dite, de lutte angoissante. Le médecin réglera sa conduite d'après le caractère plus ou moins pathologique de l'acte et les circonstances qui l'ont précédé ou suivi.

Mais il reste bien entendu que ce sont seulement les actes *pathologiques* de l'hystérique qui entraînent l'irresponsabilité. En présence d'un délinquant ne présentant que des manifestations anciennes ou atténuées de la névrose et dont l'acte n'a aucun caractère pathologique, l'expert doit conclure à la responsabilité. Le rapport devra, toutefois, contenir un examen approfondi du sujet (antécédents héréditaires et personnels, niveau mental, degré de la maladie) afin d'éclairer le tribunal. Si celui-ci croit juste d'appliquer les circonstances atténuantes, il le fera sans que le médecin intervienne. L'appréciation de la maladie seule est d'ordre médical.

Il me faut dire, maintenant, quelques mots de la responsabilité des sujets chez lesquels l'hystérie est associée à d'autres facteurs pathologiques.

Parmi ces facteurs, le plus habituel est incontestablement la dégénérescence. Nous ne pouvons encore ici fournir aucune règle fixe, la responsabilité étant variable chez les dégénérés. La vie entière du sujet indique le degré de son

déséquilibre, et ce déséquilibre permet d'arriver à déterminer la responsabilité. A chaque cas correspond une solution différente. Lorsque la dégénérescence s'affirme par une débilité mentale avérée, l'expert devra naturellement faire entrer en ligne de compte ce nouveau facteur. Chez un hystérique présentant en même temps des manifestations épileptiques, il est fréquent de rencontrer simultanément un état de débilité ou de dégénérescence mentale, plus ou moins accusé. Dans cette triple association, l'acte médico-légal emprunte ses caractères à l'un des facteurs, quelquefois à deux, et la responsabilité est généralement nulle. Il faut, cependant, pour arriver à cette conclusion, que le délit ait une note pathologique.

Lorsque l'hystérie s'associe avec les intoxications, la question de la responsabilité devient encore plus complexe. Cette association est assez fréquente, car on sait combien les déséquilibrés ont une appétence singulière pour tous les toxiques, principalement l'alcool, la morphine et l'éther. L'intoxication réagit sur l'état mental du malade, mais il est toujours possible de retrouver dans le tableau clinique la part de chacun des facteurs surajoutés. La responsabilité dépend naturellement du degré d'hystérie et de l'importance de l'intoxication. De tous ces poisons l'alcool est le plus fréquent et aussi le plus nocif. L'alcoolisme chronique augmente le nombre des crimes qu'il aggrave. L'ivresse accroit singulièrement l'impulsivité, l'automatisme des malades et l'hystérie devient criminel par suite d'impulsions déréglées, sans qu'on puisse parler de troubles mentaux proprement dits. Quelquefois l'automatisme ambulatoire hystérique succède à une intoxication éthylique. La morphine a, au contraire, cette action particulière qu'elle diminue la fréquence des attaques, mais l'état mental n'en demeure pas moins aggravé.

L'expert devra s'attacher à démontrer dans quelle mesure l'acte délictueux dépend de l'hystérie ou de l'intoxication surajoutée. Cette notion a plus d'importance que la gravité de la maladie elle-même.

En terminant, je crois nécessaire de poser devant le congrès le problème de la responsabilité limitée qui est, comme on l'a vu, la solution souvent adoptée par les experts lorsqu'il n'y a pas de trouble pathologique évident au moment de l'acte. La loi pénale ne reconnaît pas cette responsabilité limitée ; il n'y a pour elle que des responsables et des irresponsables. La plupart des médecins légistes et des jurisconsultes admettent qu'il existe des gens à tares insuffisantes pour faire disparaître leur volonté, mais suffisantes pour obscurcir leur intelligence et diminuer leur volonté. Est-ce une chose juste ou simplement utile ? D'aucuns font remarquer que l'idée de responsabilité limitée, avec la peine divisée comme en petits morceaux, est une absurdité. D'autres ajoutent, avec M. Forel, que responsabilité limitée veut dire les trois quarts du temps danger social augmenté.

A mon tour, je déclare que la responsabilité limitée est une notion non seulement inutile, mais irrationnelle et dangereuse : irrationnelle parce que les hystériques considérés comme partiellement responsables sont des *anormaux* sur lesquels pèsent de véritables tares, des influences d'ordre intrinsèque ; dangereuse parce qu'elle conduit les juridictions répressives à l'indulgence, à la courte peine, et qu'on remet ainsi dans la circulation un individu peut-être plus dangereux que le criminel conscient. Il serait fâcheux, à mon sens, que le congrès donnât l'appui de son autorité à la reconnaissance officielle de la responsabilité limitée.

M. GRASSET. — Conclure, comme l'a fait M. Leroy, au rejet absolu de la responsabilité limitée est une grave condamnation de la plupart des experts qui adoptent cette formule. Pour ma part, je rejette complètement semblable conclusion, et j'estime qu'il faut envisager séparément la doctrine scientifique de la responsabilité atténuée et ses conséquences juridiques dans la législation actuelle.

En d'autres termes, il ne faut pas assimiler les notions très distinctes de responsabilité atténuée et de peine atténuée.

Dans la législation actuelle, la déclaration de responsabilité atténuée aboutit à la multiplication des courtes peines, ce qui est reconnu mauvais; mais cela ne prouve pas que scientifiquement la responsabilité atténuée n'existe pas. Si elle existe, il ne faut pas cesser de la proclamer, sauf à demander en même temps une modification correspondante de la loi. Or, scientifiquement, la chose ne paraît pas douteuse. Quelle est actuellement la base médicale de la responsabilité? La normalité des neurones psychiques. Dès lors, il me paraît impossible de se borner à classer l'humanité en deux blocs : celui des normaux responsables et celui des anormaux complètement irresponsables.

Entre les deux il y a place pour une vaste catégorie de sujets, chez lesquels le fonctionnement psychique est inférieur à la normale, c'est-à-dire qui ne sont pas doués d'une résistance suffisante aux suggestions malsaines, et qui, par conséquent, ne peuvent être considérés ni comme irresponsables au sens absolu du mot, ni comme responsables.

Prenons un épileptique; tout le monde est d'accord pour reconnaître que le crime commis en état de crise entraîne l'irresponsabilité; mais si le même crime a été accompli dans une phase interparoxystique, irez-vous soutenir que ce crime ne mérite aucune indulgence, qu'il a été accompli par un sujet dont l'intégrité psychique est absolue? Il en est de même pour les actes des hystériques. Vous voulez que ceux-ci soient toujours responsables ou irresponsables. Pour moi, l'immense majorité de ces malades est responsable, mais dans une mesure limitée qu'il appartient à l'expert d'apprécier.

Loïn d'être irrationnelle, cette conception me semble, au contraire, la raison même. Si vous n'admettez pas la responsabilité atténuée, vous êtes obligé d'étendre outre mesure tantôt le domaine de la responsabilité, tantôt celui de l'irresponsabilité.

En quoi le sujet à responsabilité atténuée diffère-t-il donc du responsable et de l'irresponsable? Du responsable il diffère en ce qu'il n'est pas entier dans la lutte psychique et ne doit pas être mis dans la prison des normaux. De l'irresponsable il diffère en ce qu'il « comprend » le gendarme et la prison et ne doit pas être mis dans l'asile des fous. Et alors de ce qu'il ne peut être ni dans la prison ordinaire, ni dans l'asile ordinaire, il ne faut pas conclure qu'il n'existe pas. Il faut conclure à la création urgente, indispensable, de l'asile-prison. Tout danger disparaît ainsi. La société se garantira contre ce demi-fou plus longtemps parfois que contre certains fous, mais elle le traitera en même temps. Elle l'isolera comme un cholérique ou un pestiféré et s'en préservera tout en le soignant.

Toutes les objections sur l'absurdité de la « peine divisée » tombent. On ne peut plus dire, avec M. Forel, que responsabilité limitée égale danger social augmenté. Il n'en est rien. Si vous classez les hystériques en responsables et irresponsables, vous vous exposez terriblement, au contraire, à mettre en prison des malades et à enfermer dans les asiles des sujets dont ce n'est pas la place.

Le rapporteur parle enfin de sujets *partiellement* responsables; c'est une confusion des plus fâcheuses que commettent encore un certain nombre d'auteurs : responsabilité partielle et responsabilité atténuée sont deux choses absolument distinctes.

La responsabilité atténuée n'est donc ni irrationnelle, ni dangereuse; ce n'est pas davantage, comme on l'a dit, une cote mal taillée, une lâcheté ou une erreur; c'est une vérité scientifique, à laquelle un jour ou l'autre il faudra bien que la législation se conforme.

M. ERNEST DUPRÉ (de Paris). — Le problème de la responsabilité des hystériques associe deux questions dont l'étude séparée est déjà des plus difficiles. A mon avis, lorsque l'hystérique devient un délinquant, ce n'est pas de par sa névrose, mais bien de par les tares intellectuelles, morales ou volontaires qui s'associent à l'hystérie sur le terrain dégénératif, dont la névrose elle-même n'est qu'une expression.

Parmi ces tares, la vanité, la malignité et la perversité dans le domaine moral, la débilité mentale dans le domaine intellectuel, l'impulsivité dans le domaine volontaire, et enfin d'autres états morbides, toxiques, obsédants, etc., etc., représentent les principaux facteurs qui, associés à la névrose, entraînent les hystériques à la délinquance et sont les mobiles non hystériques du délit chez les hystériques. Je ne vois guère de spéciale

à l'hystérie que la suggestibilité, comme élément psychologique intéressant à considérer en médecine légale : et encore une suggestibilité particulière, aboutissant surtout à l'organisation de crises ou de syndromes somatiques, accessoirement à la création d'états psychiques qui n'ont guère de conséquences médico-légales, en dehors de l'association des tares morales plus haut signalées.

La mythomanie telle que je l'ai définie, c'est-à-dire la tendance constitutionnelle au mensonge, à la fabulation et à la simulation, est très fréquemment associée à l'hystérie, mais elle ne se confond pas avec elle, car on peut être mythomane sans être hystérique. Le diagnostic différentiel entre la mythomanie et l'hystérie repose le plus souvent sur la notion de la présence ou de l'absence, dans le processus morbide, de la conscience et de la volonté. Cette distinction est des plus difficiles à établir, car nous ne possédons aucun moyen sûr de mesurer chez le sujet suspect la valeur des constatations de la conscience et des efforts de la volonté. La clinique médico-légale et pénitentiaire fourmille de ces cas hybrides, où il est impossible de faire dans la psychogenèse des accidents le départ de l'hystérie et de la simulation. Il me paraît difficile de distinguer, à cet égard, le rôle respectif des deux psychismes ; le problème reste dans le domaine des faits subjectifs et ne comporte aucun élément objectif, aucun critère expérimental de solution. Le départ de l'hystérie et de la simulation est des plus difficiles.

Au point de vue de la responsabilité atténuée j'abonde dans le sens de MM. Grasset et Régis. Je rappelle seulement que l'établissement de protection sociale et de cure individuelle qui, dans l'ordre administratif, représente vis-à-vis des sujets à responsabilité atténuée l'organe logique qui fait actuellement défaut, a été depuis longtemps demandé par Paul Garnier sous le nom d'*asile de sûreté*, qui indique à la fois le caractère médical et défensif que doivent posséder ces futurs établissements, vis-à-vis de malades qu'il faut hospitaliser et vis-à-vis de la société qu'il faut protéger.

M. BRIAND (de Villejuif). — Il faut de toute nécessité faire le départ entre l'hystérie et la dégénérescence mentale. L'hystérique qui devient criminel est autre qu'un hystérique. Le rôle de la suggestion est bien important, mais souvent l'hystérique acculé à l'acte et forcé dans ses derniers retranchements tourne la difficulté par une crise. L'hystérique trouve aussi parfois un appui dans son entourage, qui parfois ne se fait pas faute d'exploiter ses vols. C'était le cas d'un sujet que j'eus à observer.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — C'est un grand mérite qu'a eu M. Leroy d'accepter, à la sollicitation du président du Congrès, le rapport sur une question aussi complexe et aussi délicate que celle de la responsabilité des hystériques, et un mérite plus grand encore d'avoir présenté ce rapport d'une façon si méthodique, si claire et si précise ; il a droit par conséquent à nos unanimes félicitations.

Je ne parlerai pas de la première partie du rapport de M. Leroy, celle consacrée à la médecine légale de l'hystérie, pour la bonne raison que nous sommes tous à peu près complètement d'accord avec lui à cet égard. J'aurais désiré simplement qu'il accordât un peu plus de place, dans les actes délictueux et criminels des hystériques, à l'idée fixe sub-consciente, dont le rôle est des plus importants et, en revanche, qu'il ne considérât pas, ainsi qu'il l'a fait, le sommeil provoqué comme un excellent moyen, pour l'expert, de découvrir la vérité chez un inculpé histérique.

Outre que la supercherie et le mensonge sont encore possibles dans l'hypnose, il reste à se demander si le médecin a le droit de recourir, dans ses recherches, à un tel procédé. Je crois, avec la plupart des auteurs, que ce droit ne lui appartient pas, et je partage l'avis de Grafft-Ebing lorsqu'il dit qu'endormir un inculpé sans son consentement ou dans un autre but que son propre intérêt, c'est revenir sous une forme plus moderne et plus scientifique aux contraintes et aux tortures usitées autrefois pour arracher des aveux aux accusés.

La partie principale du rapport de M. Leroy est celle qui a trait à la responsabilité des hystériques. Ici encore, nous sommes tous d'accord pour reconnaître l'extrême variabilité des situations mentales dans la délinquance des hystériques et, par suite, l'extrême variabilité parallèle des états de responsabilité chez ces malades. Le seul point sur lequel je me sépare de M. Leroy, c'est celui où il combat la théorie de la responsabilité atténuée après l'avoir pratiquement maintes fois admise dans son rapport.

Avec M. Grasset, qui vient d'en exposer si excellemment les principales raisons, j'estime que la thèse de la responsabilité atténuée, loin d'être irrationnelle, est, au contraire, aussi rationnelle que possible, parce que c'est la seule qui fasse logiquement la part en criminologie, aux nombreux intermédiaires qui s'étagent entre les sains d'esprit comple-

tement responsables et les aliénés avérés totalement irresponsables. La nature et la maladie ne s'accommodent pas de divisions si tranchées et si absolues.

Avec M. Grasset, je crois aussi que la thèse de la responsabilité atténuée est, non pas dangereuse pour la société, mais, au contraire, conforme à ses véritables intérêts. Ce qui est dangereux, comme il l'a dit, c'est l'application judiciaire qui en est faite, c'est qu'elle aboutisse en pratique à une diminution de peine, c'est-à-dire à une protection insuffisante de la sécurité publique.

Ce qu'il faut changer, par conséquent, ce n'est pas le principe de la responsabilité atténuée qui reste excellent, c'est la mauvaise solution qui lui est donnée devant les tribunaux.

Faire fléchir la vérité scientifique devant les contingences des verdicts criminels, ce serait non seulement abdiquer le premier de nos droits et de nos devoirs, ce serait aussi employer la plus déplorable des tactiques, car le jour où nous ne reconnaitrions plus, comme on nous y invite, que deux catégories de délinquants, les irresponsables et les responsables, nous nous enlèverions de ce fait la possibilité de réclamer des établissements spéciaux pour ceux d'entre ces délinquants qui, sans être positivement des aliénés, n'en sont pas moins, à divers degrés, des malades.

Nous arriverons, au contraire, à notre but, celui qui consiste à répartir les auteurs d'infractions légales, suivant leur état mental, dans ces établissements appropriés, en persistant à dire et à répéter bien haut qu'entre les inculpés aliénés et les sains d'esprit il existe de nombreux intermédiaires qui, ne pouvant trouver place ni dans les prisons, ni dans les asiles, tels qu'ils existent aujourd'hui, doivent être colloqués et traités à part.

En unissant tous nos efforts, nous arriverons au résultat désiré, et la loi et la justice se mettront en harmonie avec un fait scientifique qui, lui, ne saurait se modifier au gré du juge ou du législateur. Laissez-moi vous citer un exemple bien typique à l'appui.

Il y a trois ans, nous avions à examiner, mes collègues, MM. Lande, Pitres et moi, un jeune homme de 16 ans et 40 jours qui avait commis un meurtre. Nous nous trouvâmes en présence d'un retardé physiologique qui avait agi sans discernement, à la façon d'un enfant de 13 à 14 ans au plus, et c'est ainsi que nous conclûmes. Or, la loi n'admettant pas le défaut de discernement au delà de 16 ans, l'inculpé ayant dépassé de 40 jours cet âge, grand fut l'embarras des magistrats de la cour d'assises. Nous déclarâmes, en effet, que la place de cet adolescent n'était ni dans une prison ni dans un asile, et que, d'autre part, rendu à la société, il pourrait être de nouveau dangereux. Et tel fut, en effet, acquitté et mis en liberté, la loi ne comportant pas une conclusion différente.

Voilà, certes, une bien mauvaise solution, mais à qui la faute? A l'expertise, qui était dans l'impossibilité de répondre autrement, ou à la loi qui n'avait pas prévu que certains adolescents au-dessus de 16 ans n'avaient pas encore leur discernement? La réponse vient d'être trouvée il y a quelques mois à peine au Parlement, par le vote de la loi Cruppi, qui permet désormais, comme en Allemagne, la question du discernement pour les mineurs au-dessous de 18 ans.

Ainsi notre inculpé, que la loi n'a pu reconnaître avoir agi sans discernement il y a trois ans, eût été reconnu aujourd'hui par la loi, dans les mêmes conditions, comme ayant agi sans discernement, et alors qu'on n'a pu à ce moment faire autre chose que de le mettre en liberté; à l'heure actuelle, on le placerait, pour un temps plus ou moins long, dans une maison de correction.

Ici, vous le voyez, c'est la loi et la solution judiciaire qui ont changé; le fait scientifique est resté, comme il devait l'être, immuable.

Il en sera de même, n'en doutez pas, en ce qui concerne les délinquants à responsabilité atténuée.

Lors de la fameuse affaire de l'empoisonneuse de Saint-Clar, le type de l'hystérique à responsabilité assez largement atténuée, le président des assises demande à mon co-expert et ami M. Anglade, s'il signerait le certificat d'internement de l'accusée. Et M. Anglade répondit que non seulement il ne signerait pas ce certificat, mais encore qu'il ne garderait pas cette femme dans son asile si elle y était admise. Il répondit de même que sa place n'était pas dans une prison. Mais alors, dit le président, où faudrait-il la mettre? — Dans un de ces établissements, répondit notre collègue, dont nous réclamons depuis si longtemps la création, et qui permettront tout à la fois de sauvegarder efficacement la société et de traiter comme ils doivent l'être ces délinquants plus ou moins malades.

Notre devoir est de parler ainsi nettement, en toute occasion; force sera bien, un jour, de se rendre à l'évidence et de substituer à la solution illogique et dangereuse d'aujourd'hui.

d'hui la solution rationnelle et vraiment efficace que nous préconisons et qu'ont réalisée déjà de nombreux pays étrangers.

M. DROUINEAU. — L'asile-prison est un terme mauvais qu'il ne faudrait accepter, car il serait inadmissible de livrer des malades à l'administration pénitentiaire; il faut que ces asiles spéciaux soient des établissements d'assistance et de traitement pour ces malades.

M. TOM. A. WILLIAMS (de Washington). — Ce sont surtout les anormaux qui ont besoin d'être menacés d'une peine pour être rappelés à la notion de responsabilité de leurs actes. Les sujets non tarés et instruits peuvent apprécier sainement leurs actes vis-à-vis d'autrui.

RÉPONSE DU RAPPORTEUR

M. RAOUL LEROY. — Je répondrai à M. Briand que je me suis appliqué à montrer l'association si fréquente de la dégénérescence mentale dans les actes médico-légaux des hystériques.

En ce qui concerne les délinquants à responsabilité atténuée, je les considère comme des anormaux, et rappelle avoir indiqué à plusieurs reprises dans mon rapport la nécessité de créer des asiles de sûreté pour sauvegarder la sécurité publique.

Je remercie M. Régis d'avoir attiré l'attention sur ce fait qu'un expert n'a pas le droit de se servir de l'hypnose auprès d'un malade.

COMMUNICATIONS DIVERSES

I

NEUROLOGIE

I. Deux cas de Tumeurs du Corps Calleux avec autopsie, par M. le prof. RAYMOND (de Paris).

Voici les observations anatomo-cliniques de deux malades ayant succombé à des tumeurs du corps calleux.

Le premier, un homme de 58 ans, avait présenté, à la suite d'un ictus survenu trois mois avant sa mort, une hémiplegie motrice progressive, avec hémiparesse, et plus tard une hypoesthésie du même côté.

Dès l'ictus, l'intelligence s'était montré affaiblie, on constatait avant tout une obnubilation intellectuelle générale. Il existait quelques signes de compression cérébrale : céphalée, vomissements, stase papillaire légère, mais aucun phénomène du côté des nerfs craniens. A l'autopsie, on trouva une vaste tumeur, un gliome très vasculaire avec foyers hémorragiques détruisant les deux tiers antérieurs du corps calleux, se prolongeant en avant dans le lobe frontal et latéralement, dans le centre ovale, du côté gauche. Il existait, en outre, un noyau secondaire au niveau des circonvolutions pariétale ascendante et deuxième parié-

tale gauche. L'examen histologique des coupes de l'hémisphère gauche permet de constater une atrophie considérable des fibres tangentiellles d'Exner, la destruction des faisceaux longitudinal supérieur et occipito-frontal et du cingulum. A noter des altérations très prononcées des vaisseaux de l'écorce.

Le deuxième malade, un homme âgé de 40 ans, n'a eu, pendant huit mois, comme unique symptôme, *que des troubles mentaux spéciaux*, puis deux mois et demi avant sa mort, se sont montrés de nombreux signes : avant tout une hémiparésie gauche progressive avec grosse hémiataxie et hémianesthésie du même côté, puis une hémianopsie temporale gauche homonyme.

Il n'y avait pas de signes de compression des nerfs de la base et les signes de compression générale étaient modérés. Une obnubilation intellectuelle progressive avait obscurci le syndrome mental du début, lorsque le malade vint consulter à la Salpêtrière; néanmoins, l'auteur put le reconstituer et porta le diagnostic de tumeur localisée primitivement au corps calleux ayant envahi la couche optique droite. L'autopsie confirma l'exactitude du diagnostic; on trouva un sarcome à cellules polymorphes, très vasculaire, ayant infiltré le tiers postérieur du corps calleux et s'étant développé du côté droit, où il a détruit les deux tiers postérieurs de la couche optique, le tiers postérieur de la capsule interne, les radiations thalamiques et le faisceau longitudinal inférieur. Les cellules pyramidales de l'écorce, étudiées au Nissl, présentent des altérations assez considérables (chromatolyse, déplacement, vacuolisation du noyau, etc.).

Les divers symptômes observés chez ces malades ont presque tous pour origine des lésions situées en dehors du corps calleux et en somme il n'y a *que les troubles mentaux* qu'on puisse considérer comme un symptôme à proprement parler d'origine calleuse. Et encore parmi ces troubles mentaux, il y a un départ à faire. L'obnubilation intellectuelle, les troubles démentiels que certains auteurs ont décrits, dans les tumeurs du corps calleux, sont des symptômes tardifs dus à la propagation de la tumeur à des régions voisines ou à des altérations cérébrales diffuses (compression, intoxication, lésions vasculaires). Il reste, comme caractéristique, un syndrome mental spécial. Il consiste en des troubles du caractère; de la bizarrerie dans les manières et dans les actes, des lacunes dans la mémoire, un manque de liaison dans les idées, tout cela avec une conservation apparente de l'intelligence qui peut faire illusion à l'entourage. A part ces troubles mentaux spéciaux pour soupçonner la localisation d'une tumeur dans le corps calleux, peut-être y a-t-il à tenir quelque compte du siège de la céphalée, mais de la céphalée précoce seulement. Les autres symptômes donnés par les auteurs sont des symptômes d'emprunt, la tumeur étant bien rarement limitée au corps calleux. C'est donc ce syndrome mental bien particulier sur lequel l'auteur a insisté, qui est le signe caractéristique d'une localisation dans le corps calleux, et c'est son existence précoce et longtemps isolée qui lui a permis, dans son deuxième cas, de porter un diagnostic de localisation calleuse primitive.

De l'étude anatomo-clinique je ne veux tirer aucune conclusion ferme au sujet de la physiologie du corps calleux. Le faisceau occipito-frontal était détruit dans ces deux cas; il n'est donc pas sûr que le syndrome psychique décrit ait été uniquement d'origine calleuse. C'est l'étude des lésions limitées au corps calleux (hémorragie, ramollissements) qui pourrait permettre de résoudre ce problème. Ces cas n'ont été jusqu'ici que des trouvailles d'autopsie; il convient désormais, dans tous les cas de lésion encéphalique dont la localisation est douteuse, de rechercher, de parti pris, ce syndrome psychique.

II. Un cas d'Éruption Syphilitique secondaire tardive chez un Tabétique, par MM. BRISAUD et OBERTHUR (de Paris).

Il s'agit d'un nouveau cas de coexistence d'accidents cutanés spécifiques et de tabes franc observé avec M. Émery. Contrairement aux cas publiés jusqu'ici où il s'agissait de syphilis tertiaire, on a vu survenir une *éruption syphilitique secondaire tardive* (syphilides papuleuses circinées, groupées en bouquet sur le tronc et sur les bras). L'intérêt du cas réside non seulement dans la nature secondaire des accidents, mais encore dans leur apparition anormalement tardive (sept ans après le chancre initial).

III. Contribution casuistique à l'étude des Troubles Mentaux dans le Tabes, par MM. C. PARHON et J. MINEA (de Bucarest).

Observation d'une femme tabétique, âgée de 70 ans, présentant, outre les symptômes propres aux tabes, une diminution de l'attention et du jugement avec orientation mieux conservée, des troubles délirants à base sensitive et sensorielle et des idées de persécution. Elle prétend qu'on lui met dans l'eau et dans les aliments des poudres diverses ou de la vaseline, ce qui les rend gras et leur donne une odeur insupportable. Elle prétend de même que les infirmières la brûlent avec des charbons, qu'elle est toujours constipée et que, à cause de cela, son abdomen va crever, etc.

Pas de troubles somatiques de paralysie générale.

Nous avons d'abord rapproché ce fait de ceux qui ont été publiés par d'autres observateurs, et vu l'absence de troubles paralytiques somatiques nous pensions qu'il s'agissait d'un cas de tabes avec troubles mentaux non paralytiques. Mais la malade ayant succombé, nous avons trouvé dans son cerveau des signes certains de paralysie générale (examen microscopique). Le tabes a dû pourtant orienter le délire dans une direction particulière.

IV. Les Ataxiques considérés comme atteints de Phobie ou d'As-tasie-abasie sont, en partie, des cas d'Incoordination ou d'Anesthésie du tronc méconnus, par M. MAURICE FAURE (de La Malou).

Certains tabétiques, qui ne présentent pas les symptômes de la démarche ataxique classique, accusent, néanmoins, une gêne si considérable de la marche et de la station debout, qu'ils refusent de s'aventurer sur les terrains un peu difficiles, dans les escaliers, ou même simplement, sur un sol mouillé, sur un parquet ciré, sur une route un peu obscure, etc. Le plus souvent, il suffit d'un point d'appui brachial pour redonner à ces malades l'assurance qui leur manque. Enfin, le même sujet, qui semble se mouvoir à peu près sans gêne dans une chambre (dont tous les meubles lui sont connus et lui offrent autant de points d'appui qu'il est assuré de rencontrer toujours à la même place), paraît frappé d'immobilité complète lorsqu'il se trouve devant un espace découvert et sans point de repère (tel qu'une place publique), ou dans un salon vaste et inconnu, ou dans une rue dont les passants qui circulent ne peuvent offrir les points d'appui fixes dont il a besoin. Ces circonstances font, généralement, taxer le tabétique de phobique, d'astasi-abasique, d'agoro-phobique, et l'on met sur le compte d'un état névropathique surajouté cette appréhension qui semble injustifiée, parce qu'elle n'apparaît qu'à certains moments, dans certains lieux, et qu'il suffit, pour la faire disparaître, de conditions qui diffèrent fort peu de celles qui l'entretiennent.

Mais si l'on examine ces malades de très près, on constate qu'ils sont atteints d'anesthésie profonde des articulations de la hanche, du tronc, et d'incoordination des muscles spinaux, lombaires, des muscles de la ceinture thoracique, abdominale, pelvienne. Lorsqu'ils sont nus, assis sur un tabouret étroit, sans dossier, on voit leur colonne vertébrale se fléchir ou s'incliner sans qu'ils en aient conscience, leur tronc perdre son équilibre, et il suffit, parfois, de leur faire lever les yeux et de distraire leur attention, pour qu'ils tombent littéralement de leur siège.

Lorsqu'ils sont debout, ils ont souvent la sensation d'être perdus dans l'espace, et ils ne se rendent pas un compte exact de la position de leur corps. Il s'ensuit qu'au lieu de se maintenir en équilibre sur une jambe (ce qui est indispensable pour la marche normale et pour la station debout, qui n'est, le plus souvent, qu'une attitude hanchée), les oscillations de leur corps, fussent-elles de quelques centimètres seulement, dépassent, sans qu'ils s'en rendent compte et sans qu'ils puissent les corriger, leur base de sustentation et compromettent leur équilibre.

Vient-on à leur fournir un point d'appui brachial, tout change (nous supposons, pour la clarté de la démonstration, que le bras et la jambe ne sont que peu ou point anesthésiés ou incoordonnés). Pris entre la jambe, qui offre un point d'appui fixe, et le bras qui, avec des tractions même légères, peut corriger des oscillations du tronc de quelques centimètres (suffisantes pour compromettre l'équilibre debout), le corps se maintient, à moins qu'il ne soit atteint d'incoordination très considérable, et le malade marche librement (en apparence).

Le tabétique atteint de ces troubles du tronc ne saurait être comparé, pour la séméiologie, au tabétique atteint de troubles moteurs des membres inférieurs. Ce dernier jette les jambes follement, à droite, à gauche, en avant, et sa marche saccadée et irrégulière attire l'attention des moins prévenus. L'incoordonné du tronc, au contraire, se meut lentement, avec circonspection et régularité. Rien dans son attitude, si ce n'est la fixité de son regard, l'intensité de son attention, tendue tout entière vers le maintien de son équilibre compromis, ne traduit son trouble. Les esprits non prévenus ne peuvent deviner pourquoi ce sujet, dont l'attitude est d'apparence à peu près normale, a besoin d'un appui presque constant. L'accentuation brusque des troubles, lorsque cet appui manque, ou en face d'une traversée jugée dangereuse (à bon droit, cependant), achève de rendre la situation incompréhensible. Ce n'est pourtant que l'exagération d'un phénomène normal. Toute personne, placée tout à coup dans un passage où la conservation de son équilibre lui paraîtra difficile ou dangereuse, peut, si elle est un peu nerveuse, perdre une partie de ses moyens.

L'examen clinique, en révélant l'étendue des anesthésies et des incoordinations du tronc inaperçues, donne la clef de ces accidents. Il en indique aussi le traitement. Par des exercices méthodiques des muscles du tronc, par l'entraînement journalier de la sensibilité, du sens des attitudes, on arrive à corriger les troubles du tronc, tout comme on corrige les troubles moteurs des jambes et des bras, depuis dix ans, par les exercices compensatoires indiqués par Frenkel. Dans le cas d'incoordination du tronc, le réapprentissage de la marche, de l'ascension, de la descente, est également nécessaire, suivant les techniques que nous avons réglées dans ce but; mais la cure des troubles moteurs du tronc dans le tabes est plus longue et plus difficile que la rééducation des membres inférieurs et supérieurs par les moyens ordinaires.

V. Physiologie des Crises Laryngées des Tabétiques, par M. MAURICE FAURE (de La Malou).

Sans contester le rôle des paralysies ou des parésies des cordes vocales dans la pathogénie des crises laryngées, — sans nier la possibilité de *spasmes*, dont la réalité ne semble pas, d'ailleurs, avoir jamais été bien établie, — il nous a semblé que, dans la majorité des cas, le mécanisme physiologique de la crise laryngée du tabétique était le suivant :

Chez un homme normal, lorsqu'ascensionne, de la trachée dans le larynx, un grumeau de mucus ou de muco-pus, la présence de ce corps étranger sur la muqueuse laryngée détermine une sensation spéciale, aussitôt suivie d'un réflexe de toux, ou d'un léger effort expiratoire sonore, que l'on caractérise par la syllabe « hem ». Cet effort est renouvelé s'il est insuffisant et, par le passage d'une colonne d'air soufflant avec violence dans le larynx, chasse la mucosité dans le pharynx, où elle est aussitôt crachée ou déglutie.

Chez le tabétique, cette succession de phénomènes sensitifs et moteurs est perturbée : 1° parce que la muqueuse laryngée peut être hyperesthésique ou hypoesthésique; 2° parce que le réflexe d'expulsion que détermine le chatouillement de la muqueuse laryngée est troublé; 3° parce que les muscles de la respiration sont atteints d'incoordination.

Lorsqu'un corps étranger se présente dans le larynx d'un tabétique (soit parce qu'il y a été introduit par l'infiltration pharyngée dans une glotte mal fermée, soit parce qu'il y aboutit, venant de la trachée), il ne détermine pas la sensation normale, mais une sensation exagérée, ou diminuée, ou ralentie, — le réflexe qui en résulte survient en retard, ou mal à propos, ou avec trop de violence, ou avec trop de faiblesse. Enfin, les muscles glottiques, thoraciques, abdominaux, qui concourent à la respiration et à la toux, font des efforts désordonnés et qui se contrarient mutuellement, au lieu d'être synergiques et coordonnés.

C'est ainsi que l'on voit, par exemple, le diaphragme relâché être aspiré dans la cavité thoracique, au moment même où les muscles inspireurs dilatent celle-ci, et l'effort respiratoire annulé pour cette raison. Réciproquement, le diaphragme peut être brusquement refoulé dans l'abdomen, au moment où le thorax revient sur lui-même, et le volume de la cage thoracique n'étant point changé, l'effort expiratoire ne se produit pas. Ou bien, la glotte se ferme, au moment où un courant d'air chassé à travers le larynx va expulser le corps étranger, ou lorsqu'un effort de dilatation thoracique exigerait la pénétration d'un supplément d'air inspiré. Très généralement, on voit le réflexe de la toux déterminer une série d'expirations courtes et saccadées qui, n'ayant pas été précédées d'inspirations destinées à remplir d'air le thorax, ne peuvent aboutir à la formation de la colonne d'air nécessaire au balayage du larynx, et restent sans effet.

La crise laryngée est donc composée des symptômes que voici, qui ne sont pas toujours réunis, et dont la violence et le nombre plus ou moins grand créent des variétés dans la durée, l'importance et la gravité de ces crises :

Le malade perçoit, d'abord, un picotement, un chatouillement violent au niveau du larynx, déterminant l'envie impérieuse de tousser. Ce picotement est hors de proportion avec la cause qui le provoque et son intensité doit être mise sur le compte des troubles de sensibilité de la muqueuse. Les efforts de toux qui le suivent, au lieu d'être constitués par une inspiration large et silencieuse, suivie d'une expiration forte, bruyante et saccadée, sont formés d'une série de

petites expirations courtes que n'interrompent point des efforts d'inspiration angoissants et sans résultat. La glotte, au lieu de rester ouverte pour l'inspiration et l'expiration nécessaires à la toux, se ferme comme dans l'effort, ou ne s'ouvre que mal à propos, — et le malade, n'inspirant pas, ne faisant que des expirations insuffisantes pour se débarrasser, continuant de percevoir le chatouillement paroxystique du larynx, — s'agite, devient pâle, se cyanose, et peut courir de graves dangers.

Quelquefois (et ce ne sont pas les cas les moins graves) tout se réduit à de l'incoordination et de l'anesthésie du larynx lui-même. Les muscles glottiques, en l'état où sont les muscles des jambes chez un grand ataxique, sont incapables de maintenir les différentes pièces du larynx dans leur position régulière. Et celles-ci, mues par des secousses désordonnées, prenant des attitudes anormales, que l'anesthésie de la muqueuse et des parties profondes ne permet plus de contrôler, ne savent plus maintenir la glotte ouverte pour la respiration, fermée pour l'effort ou la déglutition. De là, une respiration sifflante, rauque, difficile, comme celle du croup, et dont le moindre incident peut compromettre le jeu précaire.

La pathogénie de tous ces accidents s'éclaire, si on la compare aux autres symptômes du tabes. A côté de l'hyperesthésie laryngée, il faut rappeler l'hyperesthésie du col vésical ou du rectum déterminant des besoins incessants d'aller à la selle ou d'uriner. Parfois, ces sensations anormales se produisent d'elles-mêmes, sans aucun objet qui les explique. Telle est cette gêne insupportable provenant de la sensation de corps étranger dans le rectum et déterminant des efforts incessants d'aller à la selle, que rien ne légitime. La peau n'est, d'ailleurs, pas plus à l'abri que les muqueuses de cette hyperesthésie et de ces sensations anormales. A certains moments, dans certaines régions, le contact d'un vêtement, d'un drap, un effleurement aussi léger que possible sont insupportables. Chez presque tous les tabétiques, le contact d'un tampon d'ouate imbibé d'éther qui, chez un homme normal, provoque une simple sensation de froid, amène une sensation extrêmement considérable, qui peut aller jusqu'à une douleur insupportable, etc., etc. C'est là une catégorie de symptômes des plus constants et des plus caractéristiques dans le tabes : il est naturel que le larynx n'échappe point à la règle commune.

La perturbation du réflexe de la toux s'explique aussi par la perturbation générale des réflexes dans le tabes. Le réflexe patellaire, la plupart des réflexes tendineux sont abolis, les réflexes pupillaires sont troublés, etc.

Enfin, les muscles du larynx, du thorax, du diaphragme ne sont pas plus à l'abri de l'incoordination que les autres muscles du tronc et des membres. Au précédent congrès de neurologie (Rennes, août 1905), nous avons décrit et expliqué les troubles respiratoires des tabétiques, précisément par l'incoordination des muscles du cou et du tronc. Les troubles de la miction et de la défécation s'expliquent de la même manière, au moins en grande partie. Si l'incoordination des muscles des membres inférieurs produit le trouble de la marche, si l'incoordination des muscles des membres supérieurs produit le trouble de l'écriture et de la préhension, il n'est pas moins explicable que l'incoordination des muscles du bassin et du périnée se traduise par les troubles de la miction et de la défécation, que l'incoordination des muscles thoraciques se traduise par le trouble de la respiration, et que l'incoordination des muscles du larynx se traduise par des crises laryngées.

Il peut exister aussi des parésies et même des paralysies ou des atrophies des

muscles laryngés, comme il existe des parésies, des paralysies ou des atrophies d'un groupe de muscles des membres ou du tronc chez les ataxiques. Cet accident est imputable, tantôt à des névrites périphériques, tantôt à des altérations des cellules spinales des cornes antérieures coexistant avec la sclérose des cordons postérieurs, tantôt à l'exagération et la prolongation inusitées d'une incoordination et d'une atonie très accentuées, ayant amené l'immobilisation indéfinie et la dénutrition du groupe musculaire atteint. Mais ce sont là des faits rares.

Les spasmes musculaires sont exceptionnels dans le tabes et ils sont rapides, bénins et transitoires. C'est pourquoi le terme de spasme laryngé, employé pour désigner l'ensemble des phénomènes de la crise laryngée, est certainement mal choisi. Rien n'est plus éloigné de la séméiologie ordinaire du tabétique que l'élément spasmodique : l'incoordination, l'atonie, le relâchement, l'abolition des réflexes sont, précisément, le contraire du spasme. Si donc il existe de véritables spasmes laryngés (ce qui, d'ailleurs, n'est pas démontré), ce sont certainement des faits exceptionnels.

Il nous paraît donc que, sous le nom de « crise laryngée », ont été compris des accidents complexes pouvant ressortir de la paralysie ou du spasme glottique, mais s'expliquant beaucoup plus souvent par la dysesthésie, l'incoordination et la perturbation des réflexes qui se produisent dans cette région, comme dans toutes les autres régions, chez le tabétique. La thérapeutique de ces accidents résulte de leur mécanisme physiologique. Au moment même de la crise, il faut recommander de grands efforts volontaires d'inspiration pour détruire l'effort expiratoire instinctif; la prononciation de voyelles ouvertes (a par exemple). Les mouvements passifs de respiration pourront également rendre des services. Mais c'est surtout dans l'intervalle des crises que la thérapeutique pourra être efficace : on fera l'apprentissage de la coordination respiratoire, généralement détruite, des exercices vocaux, l'examen et le traitement de la muqueuse glottique, parfois la faradisation des muscles laryngés, enfin tout ce qui pourra contribuer à rétablir la synergie et la tonicité des muscles du larynx, du cou, du thorax et de l'abdomen, à diminuer l'hyperexcitabilité de la muqueuse, à régulariser le réflexe normal de la respiration et de la toux. Tout cela est possible dans une large mesure, les muscles qui interviennent dans le mécanisme de ce réflexe étant soumis à l'action de l'intelligence et de la volonté et, par conséquent, de l'éducation.

VI. Syndrome de Landry. Valeur pronostique de la Lympho-polynucléose rachidienne. Inoculations du Bulbe, par MM. BRISAUD, SICARD et TANON (de Paris).

Observation d'une malade âgée de 27 ans, atteinte du syndrome de Landry, et qui succomba au quinzième jour.

Le liquide céphalo-rachidien retiré au cours de quatre ponctions successives se montra toujours très riche en lymphocytes et en polynucléaires.

Il y a lieu d'insister sur l'importance pronostique de cette formule leucocytaire. Tandis que le type périphérique du syndrome de Landry, souvent curable, ne provoque, en effet, que très peu ou même pas de réaction méningée lymphocytaire, la symbiose lympho-polynucléaire rachidienne permet, au contraire, d'affirmer le type central myélitique avec une évolution brutale aiguë qui ne saurait pardonner.

On doit, en outre, penser à l'origine rabique, toujours possible, du syndrome

de Landry, même en l'absence d'antécédents évidents de morsures, de plaies léchées, etc. En raison de cette possibilité, il a été pratiqué des inoculations du bulbe de la malade. Or, les premières expériences ont paru donner des résultats positifs : les lapins sont morts avec des signes de rage. Ce n'est que dans la suite, grâce aux inoculations en série, que l'étiologie rabique a pu être infirmée. Il ne s'agissait pas de virus rabique, mais d'un microbe pathogène pour le système nerveux. On comprend donc la nécessité des inoculations *en série*, qui seules permettront des conclusions fermes dans ces recherches d'origine spéciale.

VII. Syndrome associé de Paralysie Faciale gauche et de Spasme Facial droit d'origine intra-cranienne, par MM. BRISSAUD, SICARD et TANON (de Paris).

Photographies d'un malade atteint de paralysie faciale totale (facial supérieur et facial inférieur) du côté gauche, s'associant à un spasme facial du côté droit, au cours d'une lésion méningo-mésocéphalique. Le siège intracranien de la lésion s'affirme par de la céphalée, de la diplopie, une ébauche de clonus droit et de la lymphocytose rachidienne. Ce double syndrome, jusqu'ici non signalé, montre que le spasme facial est dans ce cas d'origine intracranienne, et surtout qu'une même lésion causale peut, suivant ses effets irritatifs ou destructifs au niveau du sujet intra-cranien de la VII^e paire, provoquer soit du spasme, soit de la paralysie.

VIII. Origine périphérique du Spasme Facial, par MM. RAYMOND, F. LÉVY et A. BAUDOUIN (de Paris).

Le spasme de la face doit être considéré, non comme l'aboutissant d'un réflexe, mais comme une affection le plus ordinairement d'origine périphérique. Il est dû à l'excitation du facial se produisant exceptionnellement au niveau de ses centres (Féré), quelquefois sur le trajet du nerf ; le plus souvent il émane des riches plexus sensitivomoteurs de la face, d'où il se propage peu à peu aux rameaux, puis au tronc de la VII^e paire.

Une série de faits viennent à l'appui de ce que nous avançons :

1^o L'anatomie et la physiologie des plexus de la face ;

2^o Au point du vue clinique, la limitation initiale à quelques fibres d'un muscle, puis son extension progressive à tout le muscle, puis au système des muscles innervés par le facial ;

3^o Au point de vue étiologique, il est un certain nombre de faits qui ne peuvent s'expliquer par l'arc réflexe, même pour des partisans de cette théorie (Axenfeld). Ce sont deux observations de Debruc où, à la suite de plaies, le spasme apparut sans douleurs préalables et se limita d'abord à la région lésée. Les auteurs ont aussi retrouvé une observation de Berger et ont un cas personnel ;

4^o La thérapeutique par la méthode de Schloësser, qui guérit le spasme, prouve encore son origine périphérique, puisque indéniablement l'injection d'alcool au voisinage du facial sortant du trou stylomastoïdien n'agit que sur la VII^e paire.

M. Brissaud invoque, il est vrai, un retentissement sur la cellule centrale, mais, d'après des expériences précises que nous avons faites, l'injection intraneuse d'alcool n'atteint que la partie du nerf sus-jacente à la piqure.

M. BRISSAUD (de Paris). — Je n'ai jamais soutenu que le spasme facial fût *exclusivement* d'origine nucléaire, ni *exclusivement* le fait d'une irritation de la voie centripète ou de la voie centrifuge. J'ai toujours admis qu'un spasme pouvait être causé par une *lésion irritative d'un point quelconque d'un arc réflexe*. Or, un arc réflexe se compose de trois parties: la voie centripète sensitive, le centre réflexe (dans l'espèce, un centre bulbaire), et enfin la voie centrifuge, motrice.

Les spasmes faciaux résultant d'une irritation de la voie centrifuge sont plus fréquents que les autres: cela ne me paraît pas douteux; mais nier qu'une irritation de la voie centripète puisse déterminer une réaction motrice dans le territoire innervé par la voie centrifuge, ce serait nier les lois fondamentales de Pflüger, qui, jusqu'à ce jour, n'ont pas été trouvées en défaut.

Les orateurs s'appuient sur un certain nombre de faits, ceux de Debrou en particulier, que j'ai rapportés moi-même; il s'agit là d'observations déjà anciennes, faites dans des services chirurgicaux à une époque où les accidents infectieux étaient nombreux; ceux-ci pouvaient très bien déterminer de petites névrites, auxquelles, à mon avis, il faut attacher une grande importance. La névrite ascendante en effet me paraît être une cause fréquente des névralgies faciales. Et ces petites névrites peuvent aussi provoquer d'autres accidents; dans le nombre figurent les spasmes indolores et les paralysies de la face. Ce sont là des modes de réaction différents qui peuvent, suivant les cas, se manifester à l'occasion d'une même cause irritative.

Enfin, je persiste à croire qu'on ne peut pas séparer la cellule de son cylindraxe et que l'action sédative des injections d'alcool se produit grâce à un retentissement sur la cellule centrale. Le fait que les tics de la face ne sont pas influencés par les injections d'alcool ne vient pas à l'encontre de cette manière de voir. Dans le tic, en effet, il existe une participation corticale sur laquelle une intervention périphérique demeure à peu près sans action.

M. HENRY MEIGE (de Paris). — Ainsi que le dit M. Brissaud, et ainsi que nous l'avons spécifié avec M. Feindel, on doit considérer plusieurs causes possibles du spasme facial, suivant que l'irritation porte sur la *voie centripète*, sur le *centre* ou sur la *voie centrifuge* d'un arc réflexe. M. Babinski croit que l'hémispasme facial est toujours d'origine périphérique. C'est l'opinion qu'après lui vient défendre M. Lévy. Je suis convaincu également que telle est la pathogénie du plus grand nombre des spasmes de la face; mais je crois aussi que des irritations d'origine sensitive, ou portant sur un centre bulbaire, peuvent déterminer des accidents spasmodiques faciaux; tels sont ceux qu'on observe dans la névralgie du trijumeau, et qui peuvent persister, avec les caractères objectifs du spasme facial indolore, alors que les phénomènes douloureux ont disparu.

Pour ce qui est de l'extension des contractions musculaires d'un muscle de la face aux muscles voisins, je crois, comme je l'ai déjà dit, qu'il ne faut y voir qu'une confirmation d'une autre loi de Pflüger, celle de la propagation des réflexes; on peut même observer des contractions du côté opposé de la face, comme dans un cas rapporté par M. Joffroy à la Société de Neurologie de Paris.

En ce qui regarde les excitations portant sur l'écorce cérébrale, il me paraît très exceptionnel qu'elles se manifestent par des phénomènes objectifs semblables à ceux du spasme facial. Les excitations corticales ont des modes de réaction qui leur sont propres et qui rappellent les accidents Jacksoniens.

Pour en revenir à la pathogénie des spasmes de la face, voici comment on peut conclure en l'état actuel de la question. Tout spasme, — la chose est bien admise aujourd'hui, — est l'indice d'une irritation nerveuse localisée; cette localisation irritative n'est pas nécessairement et toujours sur la voie périphérique; elle l'est, sans doute, dans la majorité des cas; mais une irritation portant sur la voie sensitive de l'arc réflexe facial peut aussi se traduire par des réactions spasmodiques; enfin, certains spasmes de la face peuvent être provoqués par une irritation centrale bulbo-protubérantielle.

Cette pathogénie, qu'après M. Brissaud nous avons défendue avec M. Feindel, est aussi celle que MM. Brissaud, Sicard et Tanon ont adoptée, avec observations à l'appui, dans une récente communication à la Société médicale des Hôpitaux. (Séance du 20 juillet 1906.)

IX. La Tuberculose chez les Épileptiques hospitalisés, par MM. H. CLAUDE et SCHOEFFER (de Paris).

En comparant la statistique de la mortalité par tuberculose chez les épilepti-

ques admises à la Salpêtrière avec la même statistique concernant les aliénés du même hôpital, nous avons constaté que chez ces derniers la tuberculose faisait des ravages beaucoup plus considérables. Dans ces quinze dernières années sur 644 décès de sujets aliénés, 9,78 pour 100 ont succombé à la tuberculose, tandis que dans les services d'épileptiques sur 122 décès 4,8 pour 100 seulement étaient attribuables à la tuberculose. Ces constatations concordaient avec ce que nous savons de la fréquence de la tuberculose chez les aliénés. Ceux-ci vivant dans les mêmes conditions d'hygiène générale à la Salpêtrière que les épileptiques, on pourrait se demander si les épileptiques ne présentaient pas une résistance particulière à la tuberculose. Mais les statistiques fondées sur la mortalité ne renseignent qu'imparfaitement sur la fréquence d'une maladie souvent latente comme la tuberculose, d'autant plus que les épileptiques meurent souvent au cours d'un état du mal, et que les diagnostics n'indiquent pas si les sujets sont tuberculeux. Nous avons donc examiné très complètement au point de vue de la tuberculose tous les sujets épileptiques des deux services de la Salpêtrière. Sur 349 femmes admises à l'hôpital, la plupart depuis de nombreuses années, nous n'avons trouvé que 20 malades ou 6,26 pour 100 chez qui un examen approfondi permit de mettre en cause la tuberculose, et sur ces vingt sujets deux seulement sont des phthisiques atteintes de lésions pulmonaires tuberculeuses ouvertes. Or, dans les services d'aliénés la mortalité tuberculeuse est infiniment plus élevée, puisqu'on a trouvé jusqu'à 60 pour 100 d'aliénés tuberculeux dans certains asiles; les épileptiques présentent donc une résistance plus grande à la tuberculose que les aliénés. Des recherches entreprises sur les qualités du sang des épileptiques nous ont montré que le bacille de Koch poussait sur le sang gélifié de ces malades avec la même facilité que sur le sang gélifié de lapin.

X. Sur la présence de la Choline dans le Sang au cours des Maladies du Système Nerveux, par MM. H. CLAUDE et F. BLANCHETIÈRE (de Paris).

Des recherches récentes ont attribué une grosse importance au point de vue sémiologique à la présence, dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de lésions du système nerveux, d'un corps qui a été regardé comme de la choline. La cholinémie est décelée par une série de réactions chimiques que nous avons reproduites, mais nous avons cherché si le corps obtenu était bien de la choline, s'il existait bien dans le sérum sanguin et ne devait pas être considéré comme un produit des opérations chimiques complexes auxquelles on doit soumettre les liquides organiques. Les conclusions de notre étude ne concordent pas avec celles de Moll et Halliburton et surtout de Donath. Nous avons obtenu des cristaux d'un corps ayant les caractères des cristaux décrits par les auteurs, mais nous ne pensons pas que ce corps soit de la choline. En tout cas il ne préexiste pas dans le sérum sanguin et paraît naître sous l'action des réactifs par un processus d'hydratation.

X bis. Hémorragie méningée au cours d'une Méningite cérébro-spinale, par M. GAUSSEL (de Montpellier).

II

PSYCHIATRIE

XI. De la prétendue Paralyisie générale Traumatique, par M. BRISAUD (de Paris).

S'il est une importante question à aborder entre neurologistes et psychiatres, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue médico-légal, c'est celle des rapports qui peuvent exister entre la paralyisie générale et le traumatisme.

Mon opinion est à ce sujet depuis longtemps arrêtée. Le traumatisme ne saurait créer à lui tout seul, de toutes pièces, la paralyisie générale.

Un trauma, quel qu'il soit, peut déterminer une lésion plus ou moins grave, mais si le malade échappe à la mort, cette lésion ne saurait dans la suite que rétrocéder, tendre vers la réparation, vers la guérison. Ne sait-on pas, au contraire, que la paralyisie générale est un mal essentiellement progressif et incurable?

Le trauma n'est donc dans ces cas auxquels je fais allusion que la cause tout à fait occasionnelle qui va extérioriser pour ainsi dire la paralyisie générale jusque-là restée latente, fruste, réduite pour ainsi dire au minimum, mais dont l'existence antérieure était pourtant indéniable, comme le révèlent les enquêtes anamnestiques conduites avec soin. On constate alors dans le passé du sujet traumatisé l'existence d'un certain nombre de troubles psychiques et somatiques, qui, joints à la notion d'une syphilis antérieure, assurent le diagnostic de méningo-encéphalite préexistante. Il ne peut donc être question de paralyisie générale d'origine traumatique, c'est au moins mon opinion, et je serai heureux d'avoir aussi à ce sujet l'avis de mes collègues.

M. BRIAND (de Villejuif). — J'ai toujours attendu en vain le fait qui pût m'édifier sur la réalité de la paralyisie générale traumatique; et quoique j'aie observé dans mon service des paralytiques généraux par centaines, jamais il ne m'a été donné de constater l'existence d'une paralyisie générale imputable au traumatisme. Je ne peux citer que le cas d'un cocher qui, tombé de son siège, présenta immédiatement des symptômes d'agitation, puis tout le syndrome paralytique. Mais après enquête, il me fut prouvé que cet homme était déjà atteint de paralyisie générale, et que néanmoins, comme tant d'autres, il continuait d'exercer sa profession. Le traumatisme ne fit que caractériser, d'une manière plus bruyante, la maladie antérieure en date à l'accident.

M. RAYMOND (de Paris). — Je déclare partager entièrement la manière de voir de M. Brisaud au sujet de sa très intéressante et si importante communication. Le traumatisme peut engendrer certains syndromes simulant la paralyisie générale, mais ce qu'il ne fait pas à lui seul, c'est la paralyisie générale légitime. En voici un exemple. Un jeune attaché au ministère tombe de cheval. Il reste sans connaissance quelques heures après sa chute. Dans les jours qui suivirent l'accident, se déroulèrent assez rapidement les signes caractéristiques de la paralyisie générale. On aurait pu croire que le traumatisme était au point de départ de la maladie. Or, une enquête apprit que le malade depuis un certain temps déjà présentait des allures bizarres, que ses facultés intellectuelles étaient moins brillantes. Enfin, la syphilis avait été constatée à vingt-deux ans.

Dans ce cas, la chute de cheval a vraisemblablement été causée par la paralyisie générale, bien plus qu'elle ne l'a engendrée. J'ai observé d'autres exemples semblables. D'ailleurs, pour une série de maladies, surtout de maladies graves, le cancer en particulier, les profanes ne trouvent-ils pas toujours un traumatisme pour l'expliquer?

M. GILBERT BALLET (de Paris). — Il y a quelques semaines, M. Brissaud m'avait déjà posé la question qu'il vient de nous adresser à tous. Mon opinion était formelle, je ne connaissais pas un seul cas de paralysie générale traumatique. Cependant j'avais gardé le souvenir d'un malade de province chez lequel la paralysie générale n'avait paru provenir que d'un accident traumatique, et s'était manifestée immédiatement après cet accident. M. Brissaud m'ayant demandé si je ne pourrais pas lui fournir quelques renseignements précis sur le fait, j'écrivis au confrère avec lequel j'avais examiné le malade. Ce confrère voulut bien me répondre que peu de temps après la mort de cet homme, sa femme succomba elle-même à une syphilis cérébrale. La question me parut donc tranchée, même pour le cas unique qui aurait pu, à la rigueur, laisser subsister un faible doute dans mon esprit.

M. DURET (de Lille). — Comment faut-il considérer la paralysie générale? Est-ce un syndrome ou une maladie spécifique? Toute la question est là, et si la paralysie générale est considérée comme un syndrome, on peut admettre que le traumatisme puisse jouer un rôle dans son étiologie.

M. VALLON. — Il est impossible de se prononcer. Sans doute, la syphilis joue un grand rôle dans la paralysie générale, mais constitue-t-elle seulement un terrain pour son éclosion, ou la paralysie générale est-elle la quatrième période de la syphilis. Tous les syphilitiques ne deviennent pas paralytiques généraux. Celui qui devient le plus facilement paralytique général est celui qui, prédisposé, contracte la syphilis et l'arrose d'alcool. C'est souvent l'alcoolisme qui intervient; je crois que c'est quelquefois aussi le traumatisme. Je crois, en résumé, que le traumatisme peut déterminer la paralysie générale chez des syphilitiques, peut-être aussi chez des alcooliques chroniques, mais je ne puis l'affirmer.

M. CHRISTIAN (de Paris). — Il ne faut pas oublier non plus le rôle du surmenage dans l'étiologie de la paralysie générale.

M. GIRAUD (de Saint-Yon). — Je rappellerai également un cas de paralysie générale survenu chez un employé de chemin de fer du port de Rouen, immédiatement après un traumatisme sérieux. Renseignements pris, il s'agissait encore d'une paralysie générale qui préexistait à l'accident.

M. PAILLAS (d'Albi). — J'apporte à l'appui de l'opinion défendue par M. Brissaud deux nouvelles observations qui démontrent que le début de deux cas de paralysie générale étiquetés d'origine traumatique, était antérieur et non consécutif à l'accident. La syphilis se retrouvait dans les antécédents des malades.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — La conclusion qui paraît se dégager de l'ensemble des travaux étrangers et français sur cette question, c'est qu'il y a présomption de cause à effet entre un traumatisme et la paralysie générale : 1° Lorsque le blessé n'a pas présenté antérieurement de troubles cérébraux ; 2° lorsque le traumatisme a été violent, ou a déterminé un ébranlement général intense ; 3° lorsqu'il ne s'est écoulé ni un temps trop court ni un temps trop long entre le shock et l'apparition de la paralysie générale.

Je n'insisterai pas sur le cas particulier qui nous divise, M. Brissaud et moi. Qu'il me suffise de dire que j'ai conclu avec mes co-experts à une relation de cause à effet entre le traumatisme et l'éclosion de la paralysie générale.

Alors que l'on trouverait une syphilis indéniable dans les antécédents du malade traumatisé, il se pourrait encore qu'il y eût une relation entre le traumatisme et la paralysie générale. Le shock agirait comme stimulant, il y aurait ainsi réellement dommage, et, par suite, matière à indemnité.

Je conclus donc : *Scientifiquement*, si nous n'avons tous à apporter dans le débat aucun cas bien net de paralysie générale due exclusivement à un traumatisme, il n'est pas impossible que cette opinion soit susceptible de se modifier, et il n'est pas prouvé que le traumatisme agissant par les troubles de nutrition qu'il provoque ne puisse déterminer ou tout au moins favoriser le développement d'une méningo-encéphalite diffuse.

Au point de vue *médico-légal*, je pense que le traumatisme, même avec antécédents syphilitiques du malade, peut devenir la cause déterminante de la paralysie générale.

L'époque d'apparition des signes de paralysie générale me paraît avoir une grande importance. Si les symptômes surviennent trop tôt, c'est que très probablement la maladie existait auparavant; s'ils surviennent trop tard, tout lien de causalité échappe.

Les chances de relation sont au maximum lorsque la paralysie générale apparaît entre un an et trois ans après le traumatisme, surtout lorsque, entre le traumatisme et la para-

lysis générale, se sont interposés des malaises généraux, des symptômes post-traumatiques reliant pour ainsi dire l'un à l'autre.

M. BRISAUD (de Paris). — Je remercie mes collègues d'avoir bien voulu répondre à mon appel. Ils viennent, à l'unanimité, de corroborer l'opinion toujours si énergiquement défendue par M. Régis, à savoir : que le traumatisme est incapable de créer de toutes pièces la paralysie générale. Comme dans les cas auxquels j'ai fait allusion, la paralysie générale s'est manifestée, dans les cas cités par MM. Briand, Raymond, Ballet, Giraud, immédiatement après l'accident. Elle s'est manifestée, c'est-à-dire que jusqu'alors latente, elle a présenté l'ensemble des caractères qui la rendent évidente. Les malades de MM. Briand, Raymond, Ballet, Giraud, Pailhas, comme les malades de M. Dagonet et de M. Pactet, étaient donc déjà des paralytiques, et l'accident n'a pas fait naître, d'emblée, une maladie d'origine et de nature infectieuse; le traumatisme ne s'est pas surajouté à l'infection pour mettre en train le processus fatal de la paralysie générale : il a simplement permis de constater un mal en pleine évolution. Dans tous ces cas, c'est du jour au lendemain que cette révélation s'est faite; quelquefois c'a été dès le moment même du traumatisme. M. Régis a beau prétendre aujourd'hui que « la question n'est pas résolue ». Il l'avait résolue dans son tout récent ouvrage dans un sens exactement inverse de celui qu'il admet aujourd'hui. Et cette nouvelle opinion, contraire à celle qui s'appuie sur les cas qui viennent de nous être soumis par les médecins les mieux documentés et de la plus longue expérience, cette opinion se fonde sur un cas de paralysie générale que M. Régis n'a pas vu; et dont il a cru pouvoir attribuer la cause unique à un traumatisme, d'après des renseignements de témoins, non médecins, évoquant des souvenirs qui remontent à près de six ans. Au fait unique allégué par M. Régis, concernant une paralysie générale survenue « ni trop tôt ni trop tard » après un traumatisme de très médiocre importance, je me borne à opposer tous les cas de paralysie générale immédiatement consécutifs à l'accident incriminé, et tous, sans exception, antérieurs en date audit accident; il n'est plus permis de dire que la question n'est pas résolue.

XII. Les Ponctions lombaires en série au cours de la Paralysie générale, par M. A. MARIE (de Villejuif).

XIII. Deux cas de Confusion Mentale liés à la Fièvre Typhoïde et à la Scarlatine. — Séro-diagnostic et étude bactériologique, par MM. TATY et CHAUMIER (de Lyon).

Nous présentons les observations de deux cas de confusion mentale d'origine infectieuse ayant évolué chez deux jeunes filles de 26 ans.

Dans le premier cas, la période fébrile a duré environ un mois. La maladie s'est montrée chez une prédisposée, à caractère hypocondriaque. Elle s'est accompagnée d'agitation et de sitiophobie. Le séro-diagnostic typhique fait à la convalescence a été positif. La malade est sortie guérie.

Chez la deuxième malade, fille d'alcoolique, le début a été brusque. La période fébrile observée a duré deux mois. Les principaux symptômes notés ont été la confusion mentale allant jusqu'à la stupeur, la sitiophobie, l'albuminurie, des abcès parotidiens et de l'hématurie. La convalescence, accompagnée d'amélioration mentale, a été troublée par des poussées fébriles concomitantes des abcès. Séro-diagnostic typhique négatif. Le pus des abcès contenait du staphylocoque. Inoculation de sang à l'oreille d'un lapin : pas de réaction locale, mais paraplégie du train postérieur de l'animal. La malade a eu une desquamation généralisée. La scarlatine paraît seule expliquer l'évolution morbide.

XIV. Les Ictus dans la Démence Précoce, par Mlle le docteur PASCAL (de Paris).

Les ictus survenant au début et au cours de l'évolution de la démence précoce peuvent relever de nombreuses causes.

1° Dans les cas avérés d'hystérie ou d'épilepsie où les attaques datent depuis

très longtemps, souvent depuis l'enfance (Morel, Kræpelin, Claus), on peut conclure à une association de la névrose avec la démence précoce.

2° Mais il y a des faits qui nous autorisent à croire qu'il existe des ictus appartenant à la démence précoce et non au terrain hystérique ou épileptique sur lequel peut germer cette affection. Dans ce cas rentrent :

1° Les cas isolés de convulsions sur lesquels insistait Kalbaum;

2° Les cas de démence rapide survenant après une seule attaque convulsive décrits par Schüle;

3° Les ictus qui apparaissent à une période tardive où toute trace de névrose est effacée comme dans les cas de Masoin et nos observations personnelles.

Tous les cas d'ictus survenant chez des jeunes sujets en l'absence de toutes manifestations morbides : stigmates mentaux hystériques, stigmates mentaux épileptiques, symptômes en foyer (dans les cas de tumeurs cérébrales), et en l'absence de symptômes physiques de paralysie générale, *doivent être considérés comme suspects et faire penser à la démence précoce*. En somme, ces ictus, par leur précoce apparition, annoncent le début de la maladie, au même titre que les ictus de la période initiale de la paralysie générale.

Leur pathogénie est différente, suivant la période à laquelle ils apparaissent. Leur rareté, au cours de l'évolution du processus morbide, est due à plusieurs causes : absence de lésions vasculaires, fréquence des hallucinations, etc.

XV. Formes prodromiques dépressives de la Démence Précoce, par Mlle PASCAL (de Paris).

Ces formes peuvent prendre les types neurasthénique ou mélancolique. L'examen attentif des signes physiques, l'absence de cause appréciable et surtout l'expression de la formule mentale, l'absence de l'état émotionnel (crainte, obsessions) permettront de les faire distinguer de l'état neurasthénique vrai.

L'analyse des conceptions délirantes, l'étude des réactions et des troubles de la conduite les feront différencier des états mélancoliques.

XVI. Sur quelques caractères de certaines formes de Nymphomanie, par M. GILBERT BALLET (de Paris).

Les cas de nymphomanie sont souvent très différents de la description classique. J'en ai observé trois fort intéressants. Tout en présentant les caractères les plus importants de ce syndrome : l'exagération du désir, la frigidité et l'absence de satisfaction sexuelle, ces observations se distinguent entre elles par le mobile auquel obéissait chaque nymphomane. La première était une nymphomane par curiosité. La seconde cherchait à faire disparaître les sensations qu'elle ressentait : c'était une nymphomane thérapeute. La troisième, plus complexe, se comportait comme une obsédée : à son désir exagéré succédait, dès le premier contact, une répulsion violente.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — La nymphomanie se rattache à un état constitutionnel, hystérique ou dégénératif. Mais, dans la plupart des cas, il faut considérer autant l'amoralité du sujet que la nymphomanie.

M. GILBERT BALLET. — Je suis d'accord avec M. Régis sur ce fait que la nymphomanie est l'indice d'une tare nerveuse, mais je ne crois pas qu'on puisse faire de l'amoralité un caractère constant de la nymphomanie. Si, dans la première de mes observations, il s'agit bien d'une amoralité, le fait est bien improbable pour la seconde. Quant à la troisième malade, elle était d'une moralité parfaite et luttait autant qu'elle le pouvait contre cette obsession morbide.

XVII. Du Scorbut chez les Aliénés, par MM. TOULOUSE et DAMAYE (de Paris).

Il s'agit de deux malades de l'asile de Villejuif, sitiophobes, qui, *sous l'influence du régime lacté absolu*, ont présenté un scorbut atténué.

La première malade, jeune femme de 27 ans, était une confuse, alternativement excitée, maniaque et déprimée et pour laquelle on aurait pu porter le diagnostic de démence précoce. D'énormes ecchymoses apparurent, après trois mois environ de régime lacté, aux jambes, aux malléoles et au creux poplité gauche. Masses musculaires et téguments de ces régions douloureux au palper, et donnant une sensation de dureté cirreuse. Liseré hémorragique aux gencives. Urines rouge-orangé contenant du sang et de l'urobiline. Teinte livide des téguments du tronc et surtout de la face. Sang noirâtre, très fluide, et donnant rapidement un caillot rétractile.

La seconde malade, femme de 41 ans, était une mélancolique avec dépression assez voisine de la stupeur. Quinze jours environ après guérison d'une affection dysentérique, apparition aux jambes de larges ecchymoses très douloureuses à la palpation, avec œdème, mais sans consistance cirreuse des muscles. Gencives saignant très facilement. Teinte livide des téguments, surtout marquée à la face. Sang noir, poisseux, très coagulable, caillot rétractile.

L'affection scorbutique de ces deux malades guérit sous l'influence de l'ingestion de légumes verts et de fruits. On doit incriminer ici, dans l'apparition du scorbut, l'alimentation de ces malades avec du lait *bouilli*, mais il faut faire entrer aussi en ligne de compte, comme cause prédisposante, l'affection mentale dépressive elle-même (œdèmes, cyanoses, purpuras des déments précoces étudiés par Kraepelin, Sérieux, Dide et Chénais). Il semblerait donc utile, lorsque le régime lacté absolu doit être imposé longtemps à ces malades, d'éviter le lait bouilli ou de s'efforcer de leur faire ingérer de temps à autre des fruits ou des légumes verts.

Une troisième malade, 63 ans, observée à l'asile de Bassens par les D^{rs} Dumaz et Damaye, s'alimentait d'une façon très défectueuse, refusant, par crainte d'empoisonnement et sous l'influence d'hallucinations, une grande partie de la nourriture et particulièrement les légumes. Une véritable expérience de laboratoire s'ensuivit, inconsciemment dirigée par la malade. Apparition aux membres inférieurs de larges ecchymoses avec œdème, et consistance cirreuse. Palpation très douloureuse. Liseré hémorragique à la gencive inférieure. Teinte jaune-paille des téguments. Ce cas, traité aussitôt, s'est lentement amélioré par ingestion de fruits.

XVIII. Traitement des états Neurasthéniques par la médication Ferrugineuse, par M. G. LEMOINE (de Lille).

XIX. Appréciation des troubles Nerveux au moyen d'un appareil nouveau, le Sténomètre, par M. JOIRE (de Lille).

XX. Nouvelle méthode de Rééducation de la Marche chez les Ataxiques, par M. DEWÈVRE (de Dunkerque).

XXI. Des maladies produites par l'Imagination et du rôle du médecin, par TOM A. WILLIAMS (de Washington).

Il est assez remarquable de constater que les blessés chirurgicaux, ceux dont la blessure est patente, sont assez rarement atteints de névrose traumatique. Ainsi, dans un accident de chemin de fer dont les conséquences me sont parfai-

tement connues, il y eut 120 blessés sur 250 personnes. Des 120 blessés aucun ne fut atteint de névrose traumatique, mais parmi les non-blessés il y en eut 24 cas. Ceux-là guérirent, trois au bout d'un court délai, mais tous les autres seulement après la terminaison du procès.

Le traitement à mettre en œuvre dans les cas de névrose traumatique est dans son ensemble celui de de Bernheim; c'est celui dont Déjerine se sert pour faire disparaître les fausses gastropathies. Il faut faire disparaître l'idée fixe, qui est très souvent une idée fixée par les suggestions maladroites des médecins qui ont tracé des tableaux cliniques tout en interrogeant les malades; ceux-ci ne perdaient pas un mot de la description et ils y conformaient rigoureusement leur corps et leur esprit. C'est l'auto-suggestion qu'il faut combattre. Et l'on peut s'étonner que la notion du danger des suggestions par interrogatoire maladroite ne soit pas davantage répandue, maintenant surtout que les neurologistes ont mis en doute les prétendus stigmates de l'hystérie.

Il est à remarquer que plus un traumatisé est ignorant des choses médicales, mieux il croit les comprendre et mieux il se suggestionne; il n'a pas besoin d'être hystérique pour cela.

M. BRIAND (de Villejuif). — La suggestion joue un rôle considérable chez ces malades. Mais dans le développement du tableau clinique, il y a aussi, je crois, un autre facteur important, c'est le besoin de mise en scène. Ce besoin se retrouve chez les hystériques, les neurasthéniques, les hypocondriaques.

M. RÉGIS (de Bordeaux). — Les hypocondriaques qui émettent des idées délirantes absurdes sont le plus souvent sincères. Ils ont de l'anxiété véritable. Chez eux tout choc moral met en branle l'émotivité et l'anxiété morbides. M. Williams a raison de dire que l'ignorance joue un grand rôle et que la psychothérapie doit s'efforcer préventivement de les instruire. Les phobies absurdes sont souvent contagieuses. Une pseudo-épidémie de suette miliaire observée dans la Charente récemment en est un bel exemple.

M. TOM A. WILLIAMS (de Washington). — Malgré que plusieurs aient nié que les suggestions médicales soient pour quelque chose dans la genèse ou le perfectionnement des névroses traumatiques, je crois que maintenant personne ne peut mettre leur influence en doute. La suggestion médicale reste créatrice comme aux grands jours de l'hystérie de Charcot.

M. Régis a cité un cas intéressant de suggestion réciproque; j'en citerai un autre, celui d'une psycho-épidémie d'appendicite chez les jeunes filles de l'Université de Chicago. Il s'est agi du développement multiple d'une idée fixe hypocondriaque sous l'influence d'une suggestion faussement médicale sans cesse renouvelée.

Je répondrai à M. Briand que le besoin de se mettre en évidence ne me semble pas très fréquemment un facteur de la névrose traumatique. Rien ne me paraît plus efficace pour la genèse de la névrose traumatique qu'une idée, toujours la même, ramenée sans cesse à l'esprit, et qui finit par occuper tout le champ de la conscience.

Une question intéressant la médecine légale est celle de la « susceptibilité » du sujet. Né fait pas de la névrose traumatique qui veut; et j'ai cité en commençant un fait où sur 250 personnes ayant subi un accident, 24 seulement ont fait de la névrose traumatique. Ces 24 personnes étaient prédisposées ou susceptibles.

Peut-être, quand cette susceptibilité peut être reconnue du fait d'antécédents bien nets, y aurait-il lieu de considérer comme atténuée la responsabilité du « traumatisant ».

Des réceptions ont été offertes aux congressistes :

Le mercredi 1^{er} août à 8 heures et demie du soir, par la Municipalité de la ville de Lille;

Le jeudi 2 août, à l'asile de Bailleul, par la Commission de Surveillance;

Le samedi 4 août, à Lille, par M. le professeur GRASSER, Président du Congrès;

Enfin, les jours suivants, par les Municipalités de Tourcoing et de Boulogne-sur-Mer.

Le Banquet des Congressistes a eu lieu à l'Exposition de Tourcoing.

Le Comité d'organisation du prochain Congrès s'est réuni en séance secrète le vendredi 3 août, à 6 heures du soir, composé du Bureau du Congrès actuel, et des anciens Présidents, Vice-Présidents et Secrétaires généraux.

L'Assemblée générale du Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française a eu lieu le samedi, 4 août, à 11 heures du matin. Il y avait quatre-vingt-quatre membres présents.

Il a été décidé que le Congrès se réunirait en Suisse l'année prochaine, au mois d'août, et prendrait le nom de *Congrès de Genève et de Lausanne*.

Président : Le professeur PRÉVOST (de Genève).

Secrétaires généraux : Docteur BEBDEZ (de Lausanne), LONG (de Genève).

Comité d'organisation :

Comité Gênois : MM. Prévost, Bard, Weber, d'Espiné, Flournoy, Martin, Ladame, Claparède, Long.

Comité Vaudois : MM. Berdez, Bouyet, Mahaim, Forel, Herzen, Deucreville, Witzner, Paschand, Loij, Zbinden.

Châtelain (de Neuchâtel). — Dubois (de Berne). — Serrigny (de Fribourg).

Questions choisies pour les Rapports :

NEUROLOGIE : *Définition et nature de l'Hystérie*. — Rapporteurs : M. CLAUDE (de Paris), M. N... (de Suisse).

PSYCHIATRIE : *Des Psychoses périodiques*. — Rapporteur : M. ANTHEAUME (de Paris).

MÉDECINE LÉGALE : *L'Expertise médico-légale et la question de Responsabilité*. — Rapporteur : M. GILBERT BALLET (de Paris).

L'Assemblée générale a décidé de nommer au vote secret, chaque année, un Vice-Président pour le Congrès de l'année suivante.

Ce Vice-président sera le Président du Congrès l'année d'après.

M. le D^r CULLERRE (de la Roche-sur-Yon) est élu Vice-Président du Congrès de Genève et Lausanne (1907) et sera Président du Congrès suivant (1908).

L'Assemblée générale a adopté à l'unanimité la création d'un *Comité permanent* du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.

Ce *Comité permanent* est chargé de veiller au bon fonctionnement des Congrès successifs, par l'intermédiaire des Comités d'organisation locaux.

Il se compose de six membres, renouvelables par tiers tous les deux ans, non immédiatement rééligibles, et d'un *Secrétaire trésorier*.

Sont adjoints au *Comité permanent* :

Le *Président* du Congrès de l'année.

Le *Vice-Président* du Congrès de l'année (appelé à la Présidence du Congrès de l'année suivante).

Ont été élus *Membres du Comité permanent* :

MM. ARNAUD (de Paris), CROCQ (de Bruxelles), GIRAUD (de Rouen), RAYMOND (de Paris), RÉGIS (de Bordeaux), VALLON (de Paris).

Secrétaire trésorier permanent :

M. HENRY MEIGE (de Paris).

Font également partie du *Comité permanent* :

M. le professeur GRASSET, président du Congrès de Lille (1906).

M. le professeur PRÉVOST (de Genève), président du Congrès de Genève et Lausanne (1907).

Le gérant : P. BOUCHEZ.

rése
nel,
a de
ures
, au

rtin,
ville,
urg).

DE (de
E (de
té. —

ée, un
ongrès
)

perma-
s pays
ongrès
s, non

grès de

OND (de

ève et

Z.
30.